



**UNIVERSIDADE DO MINHO  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**  
**ANO LETIVO 2016/2017 – 4º ANO**

**Autor: Grécia Freitas, N.º 3160**

**Mindelo, 2017**

# **ENFERMAGEM E A PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS DURANTE A GRAVIDEZ**

Monografia apresentada à Universidade do Mindelo, como parte dos requisitos para a  
obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

Discente: Grécia Freitas

Orientador: Valdir Dias Lima

Mindelo, Julho de 2017

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho a minha família que me apoiou desde sempre, especialmente aos meus pais que não me deixaram desistir nas horas de angústia e de aflição sempre me incentivando, pedindo para Deus me proteger.

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente a Deus por ter me guiado por caminhos valorosos, por ter me protegido e consolado nos momentos mais difíceis deste meu percurso,

Aos meus pais que sempre me ajudaram, e por me terem dado esta oportunidade de ser alguém na vida, amo-vos muito.

As gestantes que colaboraram para que este estudo pudesse realizar, e peço a Deus que vos acompanhe sempre e que as vossas vidas estejam repletas de felicidade e paz.

Ao meu Orientador Enf. Valdir Lima por todo o apoio e dedicação, que Deus sempre te acompanhe e te proteja.

Aos demais amigos e colegas pelo convívio, apoio, paciência e conforto nos momentos difíceis e alegrias vivenciadas ao longo deste percurso.

A todas as outras pessoas que não foram citadas, mas que de uma forma ou de outra estiveram presentes, contribuindo para a conclusão de mais esta etapa da minha formação.

### **Epígrafe**

*“É pela maternidade que a mulher realiza integralmente seu destino fisiológico; é a maternidade sua vocação “natural”, porquanto todo o seu organismo se acha voltado para a perpetuação da espécie”.*

*(Simone Beauvoir, 1949 pg.483)*

## **RESUMO**

Anteriormente, acreditava-se que as gestantes não poderiam fazer exercícios físicos para evitar possíveis complicações na gravidez, crenças estas baseados no conceito de que a gravidez era um estado de extrema fragilidade. Porém muitos autores, quebraram estas possíveis crenças e reconheceram os importantes benefícios que a pratica regular de exercícios pode proporcionar a gestante, além de não haver evidências de efeitos adversos para o feto e/ou recém-nascido. No entanto poucas gestantes aderem a mesma prática devido a receios e dúvidas quanto a segurança da realização dos mesmos, e é neste sentido que o enfermeiro no âmbito da saúde materna deve fazer uso de medidas educacionais para esclarecer estas dúvidas e auxiliar a gestante a vivenciar a sua gravidez da forma mais tranquila e saudável possível.

O presente trabalho traz uma análise de como a prática de atividade física durante a gravidez pode ser benéfica tanto a gestante como para o bebê e também demonstra qual o papel da enfermagem no incentivo desta prática. Trata-se de um estudo de carisma qualitativo-descritivo tendo como a população em estudo gestantes entre os 20 aos 35 anos que frequentam as sessões de fisioterapia no Centro de Saúde da Bela Vista. Para instrumento de colheita das informações, realizou-se entrevistas estruturadas recorrendo a uma guião de entrevista previamente corrigido e os resultados da pesquisa revelaram-se extremamente positivos o que sublinhou ainda mais a necessidade de se promover esta prática e de capacitar o pessoal da enfermagem para incentivar e prestar este tipo de cuidado junto a gestante por forma a melhor a vivência da sua gravidez.

**Palavras-Chave:** Gravidez, Actividade Física, Benefícios dos exercícios

## **ABSTRACT**

Previously, it was believed that as pregnant women do not do physical exercises to avoid possible complications in pregnancy, it is not a concept of gravity and a state of extreme fragility. However, many authors have broken these possible beliefs and recognized the most important benefits that regular exercise can generate, and there is no evidence of adverse effects on the fetus and / or newborn. However, few pregnant women adhere to the same practice due to a receipts and doubts regarding a safety of the same, and is in this sense, in the nurse, is not important for maternal health should make use of educational measures to clarify these debts and Help the pregnant woman to experience her pregnancy in the most calm and healthy way possible.

The present work presents an analysis of how a physical activity practice during pregnancy can be benefited both as a manager and for the baby and also demonstrates the role of nursing without the incentive of this practice. This is a qualitative-descriptive charisma study with pregnant women between the ages of 20 and 35 attending sessions of physiotherapy at the Bela Vista Health Center. For the information gathering instrument, structured interviews were performed using a guild of corrected prior interview and the results of the research were extremely positive or that it underlined even more the need to promote this practice and to train the nursing staff to Encourage and pay attention to this type of care with the pregnant woman in order to better experience her pregnancy.

**Key-words:** Pregnancy, Physical Activity, Benefits of exercise

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**AF** – Atividade física

**ACOG** - American College of Obstetrician and Gynecology

**CSRBV**- Centro de Saúde Reprodutiva da Bela Vista

**MAP**- Musculatura do Assoalho Pélvico

**NHB** - Necessidades Básicas Fundamentais

**OMD** - Objetivos do Milénio para o Desenvolvimento

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PNSR** - Plano Nacional de Saúde Reprodutiva

**TMAP** - Treino da Musculatura do Assoalho Pélvico

**SCGO** – Sociedade Canadense de Ginecologia e Obstetricia



# INDICE

INTRODUÇÃO.....	11
JUSTIFICATIVA E PROBLEMATICA DO TEMA .....	13
CAPITULO I – FASE CONCEPTUAL.....	16
1. ENQUADRAMENTO TEORICO .....	17
1.1 Gravidez.....	17
1.1.2 - Alterações anatómicas e fisiológicas que podem ocorrer no corpo da mulher durante a gravidez.....	17
1.2 Classificação das grávidas .....	23
1.2.1 Em relação a idade:.....	24
1.2.2 Em relação as patologias associadas a gravidez:.....	24
1.2.3 Em relação a Prática de Actividade Física: .....	28
1.3 Conceito de atividade física .....	29
1.4 Benefícios da atividade física durante a gravidez .....	30
1.5 Riscos/ sinais de alerta para suspender a atividade física durante a gravidez .....	32
Indicações e contra indicações .....	32
1.6 Tipos de atividades .....	35
1.7 Intensidade Dos Exercícios Durante A Gravidez .....	37
1.8 Frequência e duração dos exercícios .....	37
1.9 Efeitos dos exercícios no trabalho de parto .....	37
1.10 Recomendações de exercícios físicos por trimestre gestacional .....	38
1.10.1 Primeiro Trimestre.....	38
1.10.2 Segundo Trimestre.....	39
1.10.3 Terceiro Trimestre .....	39
1.11 Intervenções de enfermagem .....	40
1.11.1 – Avaliação Inicial.....	40
1.11.2– Diagnóstico de Enfermagem .....	41
1.11.3– Planeamento e Implementação .....	44
1.11.4– Avaliação Final.....	46
CAPITULO II – METODOLOGIA .....	47
2. METODOLOGIA DO TEMA.....	48
2.1. Tipo de Estudo.....	49
2.2. Instrumento de Recolha de Dados .....	50
2.3. Caracterização do meio de pesquisa.....	51
2.4. População Alvo .....	55
2.5 - Amostragem .....	56
2.6 - Aspectos éticos e legais.....	57
CAPITULO III – FASE EMPIRICA .....	58
3. ANALISE DOS RESULTADOS .....	59
3.1 Apresentação dos dados da entrevista .....	59
3.2 Conclusão dos Resultados .....	66
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	69
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	71

## INDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Indicações para a prática de atividade física na gravidez.....	28
<b>Quadro 2</b> – Contraindicações para a prática de atividade física na gravidez.....	29
<b>Quadro 3</b> – Diagnóstico de enfermagem de acordo com as NHB comprometidas relacionadas com a atividade física na gravidez.....	37
<b>Quadro 4</b> – Dados da amostra.....	52
<b>Quadro 5</b> – Categorias e Subcategorias da entrevista.....	56
<b>Quadro 6</b> – Dificuldades antes de iniciar as sessões de fisioterapia.....	58
<b>Quadro 7</b> – Melhorias sentidas no decorrer das sessões.....	58

## INTRODUÇÃO

O presente estudo, designado de trabalho de conclusão de curso (TCC), constitui um elemento de avaliação para a aquisição do grau de Licenciatura no curso de Enfermagem leccionado na Universidade do Mindelo no ano lectivo 2016/2017, e também a divulgação dos conhecimentos adquiridos á comunidade académica.

Optou-se por abordar o tema: O papel do enfermeiro na prática de exercícios físicos durante a gravidez, por representar uma temática muito recente e ainda inexplorada no nosso contexto geografico, pelo que também desperta interesse não só por parte das gestantes que desejam vivenciar uma gravidez mais saudável como pelos profissionais de saúde com intuito de melhorar os cuidados no âmbito de saúde materna.

Atribui-se a devida pertinência ao tema em estudo uma vez que contribuirá para aperfeiçoar os conhecimentos da sociedade em geral e as equipas de saúde dando assim a oportunidade de estes entenderem a importância da prática de exercícios físicos na promoção de uma gravidez saudável e parto menos doloroso.

A prática de exercícios físicos desempenha um papel fundamental para a vivência de uma gravidez tranquila, para a sua evolução num parto natural e melhor recuperação pós-parto, portanto é crucial que o profissional de saúde esteja esclarecido sobre esta problemática para melhor saber incentivar, transmitir e orientar as gestantes, melhorando assim os cuidados prestados no âmbito de saúde materna.

Trata-se de um estudo de carisma qualitativo-descritivo cujo objetivo geral é identificar os efeitos da prática de exercícios físicos na gravidez como intervenção de enfermagem para melhor vivência da gravidez e parto humanizado. A população deste estudo corresponde as gestantes entre os 20 aos 35 anos que frequentam as sessões de fisioterapia no Centro de Saúde Reprodutiva da zona de Bela Vista (CSRBV). Para instrumento de colheita de dados realizou-se entrevistas estruturadas recorrendo a uma guião de entrevista. Sendo que a pesquisa foi realizada no CSRBV, tem-se uma amostra de seis (6) grávidas que frequentam as sessões de fisioterapia no referido centro.

O presente trabalho encontra-se dividido em 3 capítulos, no primeiro capítulo ou fase conceptual, define-se o tema e delimita-se o problema, definem-se os objetivos do estudo e faz-se a fundamentação teórica.

No segundo capítulo encontra-se descrito toda a trajetória metodológica, compreendendo a explicação do tipo de pesquisa e a abordagem que foi empregue nesta investigação, os instrumentos de recolha de dados, campo empírico, população alvo e aspetos éticos e legais.

No terceiro capítulo, ou fase empírica faz-se a caracterização da amostra apresentando, analisando e discutindo os resultados obtidos, apresenta-se a nota conclusiva, as referências bibliográficas e os anexos. A realização deste trabalho foi baseada nas normas de redação da Universidade do Mindelo.

## JUSTIFICATIVA E PROBLEMATICA DO TEMA

Atualmente, novos paradigmas de estilo de vida saudável tem influenciado muito o conceito de qualidade de vida das populações a nível mundial. O número de mulheres que realizam algum tipo de atividade física tem aumentado gradativamente, tornando cada vez mais importante a atuação do profissional de saúde no sentido de orienta-las quanto aos tipos de exercícios mais adequados sobretudo quando se encontram no período gestacional.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), adultos entre 18 e 64 anos devem praticar pelo menos 150 minutos de atividade física moderada ou 75 minutos de atividade intensa por semana, a fim de reduzir o risco de doenças cardiovasculares, diabetes, câncer de mama e cólon, e depressão; além de ser fundamental para o controle do peso corporal. No entanto, 31% da população mundial com idade  $\geq 15$  anos têm um nível de atividade física insuficiente, com prevalência maior ainda em países com alta renda.

Quando se trata de mulheres grávidas não é diferente. Pesquisas da década de 90, começaram a promover a mudança do paradigma em relação às recomendações de atividade física durante a gestação, que passou a ser estimulada e indicada pelos guias e protocolos da American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 1994). Porém, somente em 2002 a prática de atividade física (AF) na gestação foi reconhecida como uma atividade segura, indicada para todas as gestantes saudáveis. Assim, a OMS afirma que as novas diretrizes de atividade física publicadas em 2008 incluem uma seção às gestantes e parturientes. As recomendações para esse subgrupo populacional são as mesmas preconizadas para a população geral: ao menos 150 minutos por semana de atividade física com intensidade moderada.

Segundo Nascimento *et al* (2014), estudos realizado na região Sul do Brasil observou que apenas 4,7% das gestantes foram classificadas como ativas durante toda a gestação, o que comprova que os programas nacionais para a saúde materna estão surtindo algum efeito na luta contra o sedentarismo na gravidez. Assim também como estudo no estado do Rio Grande relatou que 32,8% das mulheres praticam atividade física durante a gravidez por terem recebido orientação para a prática de exercícios durante o pré-natal.

A nível de Cabo Verde, segundo a PNSR (2008-2012) para que a Saúde Reprodutiva em 2020 atinja os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, as directrizes vão ser no sentido de garantir para a Saúde da Mulher:

- O desenvolvimento e aplicação do conceito de atendimento integrado à saúde da mulher (AISM), para uma melhoria da qualidade das respostas no quadro duma maternidade sem risco, oferecendo de forma contínua, integrado no pacote de cuidados essenciais, uma gama completa de serviços;
- A utilização de tecnologias apropriadas na prestação dos cuidados, por pessoal capacitado, e com equipamentos e materiais adequados às necessidades;

O Relatório da OMD-CV (2015) ainda acrescenta que a intervenção do sector privado tem permitido juntamente com o PNSR, aumentar o leque de serviços colocados à disposição das mulheres. Como resultado actualmente mais de 99% das grávidas são seguidas regularmente pelos serviços de saúde e a maioria dos partos (95,6%) são realizados principalmente em estruturas hospitalares, nomeadamente nos Hospitais Centrais e Regionais. Como resultado, a taxa de mortalidade materna evoluiu positivamente no período 1994-2014, registando uma redução de 86,5%, acima dos  $\frac{3}{4}$  exigidos para 2015.

Segundo a Responsável do Departamento de Saúde Reprodutiva do Hospital Regional “João Moraes” na Cidade de Ribeira Grande, ilha de Santo Antão, o hospital possui uma reputação impecável e imparcial no âmbito de atendimento e dos cuidados de Saúde Materna e Infantil o que o classificou no *raking* como primeiro hospital de Cabo Verde em Partos Humanizados e segundo no âmbito do programa hospital “Amigo da Criança”. A iniciativa pioneira da introdução das sessões de fisioterapia no plano de cuidados de preparação para o parto, por parte do pessoal de enfermagem e pela fisioterapeuta do hospital demonstra claramente o grande papel que a equipe de enfermagem possui no incentivo e divulgação da prática de AF na gravidez.

A nível de S.Vicente, segundo a responsável pelo CSRBV, foram captadas pelo centro cerca de 1325 grávidas no ano 2016 de entre elas 735 antes das 12 semanas da gravidez. Quanto ao controle pré-natal do mesmo ano foram registradas cerca de 8815 consultas de enfermagem, 996 gestantes nas 1ª consultas e 3384 em consultas médicas de rotina o que contabiliza em média 10 consultas por grávida. Mas ainda segundo a mesma, a

situação esta melhor que no ano 2015 e espera-se que com a introdução das sessões de fisioterapia no plano de atendimento pré-natal, os indicadores de saúde materna continuem melhorando cada vez mais.

Segundo Batista et al. (2003) a prevenção de lombalgias, controle de peso, redução de edemas, fortalecimento da musculatura pélvica, aumento da autoestima e redução de estresse na gestante, assim também como trabalho de parto facilitado e maior tolerância à dor representam os muitos benefícios alcançados pela gestante com a prática regular e supervisionada de atividade física. Porém para que estes sejam alcançados deve-se ter em conta não só uma gestação de baixo risco como também a população especial de gestantes nomeadamente, as gestantes atletas, hipertensas, diabéticas, obesas ou que apresentem qualquer patologia associada. A consciencialização dos benefícios proporcionados por um estilo de vida mais saudável durante e após a gravidez deve ser sempre lembrada e estimulada pelos profissionais de saúde.

Diante de todo este contexto, o presente trabalho tem como objetivo geral identificar os efeitos da prática de exercícios físicos na gravidez como intervenção de enfermagem para melhor vivência da gravidez e parto humanizado. E também tem como objetivos específicos:

- ❖ Identificar os benefícios dos exercícios sobre os desconfortos músculo-esqueléticos durante a gestação segundo a percepção das grávidas inscritas nas sessões de fisioterapia no CSRBV;
- ❖ Descrever a percepção das grávidas inscritas nas sessões de fisioterapia no CSRBV sobre o apoio paterno ou familiar durante a realização dos exercícios;
- ❖ Verificar a opinião das grávidas inscritas nas sessões de fisioterapia no CSRBV sobre a importância do enfermeiro no ensino da prática de exercícios durante a gestação.

## **CAPITULO I – FASE CONCEPTUAL**



# **1. ENQUADRAMENTO TEORICO**

## **1.1 Gravidez**

A gravidez é um momento único na vida da mulher. Nesta fase, estão contidas inúmeras transformações que vão desde alterações fisiológicas até psicológicas. O corpo muda de maneira drástica, dando lugar não apenas a geração de uma nova vida, bem como a um processo de adaptação e (re) conhecimento de sentimentos, sensações e alterações próprias desta dinâmica.

Segundo Bobak (1999, pg.77) “a gravidez dura aproximadamente 10 meses lunares, 9 meses de calendário, 40 semana ou 280 dias. A duração da gravidez é contada desde o primeiro dia do último período menstrual, ou data da última menstruação (DUM), até o dia do nascimento”, para Reniehr e Siqueira (2009, cit in Alves, 2012, pg.19) “a gestação é uma sucessão de eventos, com uma duração de 38 semanas.

É comum que durante a gravidez a mulher se queixar de dores nas costas, desconfortos posturais e respiratórios, alterações emocionais, acarretando um quadro de ansiedade característico. A preparação para o parto de forma adequada através de um acompanhamento pré-natal, e a realização de exercícios é fundamental para a promoção de um parto saudável.

### **1.1.2 - Alterações anatômicas e fisiológicas que podem ocorrer no corpo da mulher durante a gravidez.**

A gestação é um fenómeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipas de saúde como parte de uma experiência de vida saudável, envolvendo mudanças do ponto de vista físico, social e emocional (Ministério de Saúde do Brasil 2010, pg.11), demonstrando assim que a gravidez não pode ser entendida como doença, muito pelo contrário, ela é um estado natural e saudável, dependendo do estilo de vida de cada gestante.

Conforme descrito por Alves (2012, pg.20) “neste período, o organismo materno sofre alterações que afectam o funcionamento habitual dos sistemas digestivo, circulatório, respiratório e musculoesquelético, reflectindo na biomecânica corporal.”

Segundo Gomes (2010, pg.17) “o vínculo com o profissional, com a unidade de saúde, será o fio condutor de um processo de acompanhamento que inicia na gestação, que permite

identificar os fatores de risco e as potencialidades para construção do nascimento com saúde plena da mulher e de seu filho.”

### **Alterações no Sistema Musculoesquelético**

Durante a gravidez, ocorrem diversas mudanças fisiológicas no organismo da mulher proporcionando uma melhor adaptação do feto em desenvolvimento.

Para Santos (2014), o sistema músculo-esquelético é afetado tanto em repouso como durante o exercício físico, sendo a causa mais óbvia o aumento de peso que se verifica na gravidez. A mulher grávida ganha uma média de 10 a 12 kg durante a gestação, não é saudável ganhar pouco ou muito peso. Esse ganho não está relacionado só ao peso do feto, sendo, em geral, explicado do seguinte modo: feto 3,3kg; volume sanguíneo aumentado 1,2kg; seios 0,5kg; placenta 0,6kg; líquido amniótico 0,8 kg; útero dilatado 0,9kg; depósitos de gordura 4,0kg e fluido extracelular 1,2kg. O teor de aumento de gordura e dos líquidos corporais variam, de uma mulher para outra, dependendo dos seus hábitos alimentares, em especial da ingestão de sal e água, e das quantidades produzidas das diferentes hormonas durante a gravidez.

A mesma autora refere que aumento de peso traduz-se numa maior pressão sobre as articulações, como as dos joelhos e ancas, principalmente em exercícios em que há sustentação do peso, de que é exemplo a corrida. O aumento de pressão traduz-se em desconforto das articulações e até agravamento de artrite previamente instalada ou articulações que já apresentavam instabilidade. A dor referida pelas gestantes nas ultimas semanas de gravidez muitas vezes é associada ao declino do corpo, que desvia o centro gravítico para frente em relação ao eixo mediano.

A postura da mulher grávida se desarranja precedendo mesmo a expansão do volume do útero gestante. As mamas dilatadas e engrandecidas pesam no tórax, o centro de gravidade se desvia para diante (Rezende 2009, pg.69).

De acordo com Bobak (1999, pg.109) “a curvatura lombo-sagrada acentua-se no sentido de manter o equilíbrio, e acentua-se também de forma compensatória a curvatura da região cérvico-dorsal (acentuada flexão anterior da cabeça) ”, estas mudanças tornam a

locomoção mais lenta e mais difícil, o andar e as actividades do dia-a-dia tornam-se mais difíceis de serem efectuadas.

### **Alterações no Sistema Nervoso**

Segundo Bobak (1999, pg.109), “pouco se conhece acerca das modificações funcionais do sistema neurológico durante a gravidez, exceptuando as modificações hormonais do eixo hipotalâmico-hipofisário.”

Porém, Silva et al (2010) refere que dentre várias mudanças ocorridas na mulher durante o período gravídico, estão os TMC (Transtorno Mentais Comuns) caracterizado por depressão, ansiedade, comprometimento das atividades diárias, insónia, irritabilidade e sentimento de inutilidade, auto estima prejudicada, insatisfação corporal entre outros. Ainda acrescenta que os índices se tornam maiores entre as gestantes solteiras, divorciadas, com baixa escolaridade e com menor poder aquisitivo, observando que a associação dos fatores relacionados, contribui para a possível prática do aborto e tem maior relevância de desencadear TMC.

### **Alterações no sistema cardiovascular**

De facto e conforme Bobak (1999, pg.103), “as adaptações maternas a gravidez englobam extensas alterações no sistema cardiovascular tanto anatómicas como fisiológicas. Estas adaptações protegem o funcionamento fisiológico normal da mulher”, para Alves (2012, pg.22) “as principais mudanças que ocorrem neste sistema envolvem: o aumento do volume do débito cardíaco e diminuição da resistência vascular sistémica e da reactividade vascular.”

Conforme enfatiza Alves (*ibidem*) “o volume sanguíneo aumenta em torno de 40% para defrontar as necessidades crescentes da parede uterina, auxiliando a placenta e as outras demandas localizadas no corpo.”

Segundo Bobak (1999, pg.103) “a tensão arterial (na artéria braquial) varia com a idade. Na sua interpretação devem ser considerados factores adicionais, que englobam a posição da mãe, a ansiedade materna, e o tamanho da braçadeira.”

Nas primeiras semanas da gravidez, a pressão diastólica sofre uma queda ligeira, enquanto, a pressão sistólica baixa significativamente (Alves, 2012, pg.22), Bobak (1999, pg.103) completa dizendo que “verifica-se uma diminuição dos valores da tensão diastólica e sistólica de cerca de 5 a 10 mmHg. Esta diminuição resulta, provavelmente, da vasodilatação periférica provocada pelas alterações hormonais verificadas durante a gravidez.”

Segundo Alves (2012, pg.22) “o débito cardíaco aumenta gradualmente durante a gestação. Os seus valores começam a aumentar entre a décima e a décima segunda semana de gestação, atingindo 30% a 50% em relação aos níveis pré-gravídicos até a trigésima segunda semana de gestação”, concordando com a ideia de Bobak (1999, pg.103) quando salienta que, “a ocorrência duma ligeira hipertrofia ou dilatação cardíaca é, provavelmente secundária ao aumento do volume sanguíneo, e do débito cardíaco. À medida que o diafragma é empurrado para cima o coração também o é...”, tudo isso tendo em referência o desenvolvimento do feto na cavidade uterina da mãe, em que varia directamente com o crescimento do feto já referido anteriormente.

O valor do débito cardíaco aumenta consideravelmente no fim da gestação, e é ainda mais elevado no trabalho de parto, comprovado por Bobak (1999, pg.104) quando salienta que, “no ultimo período de gravidez, o débito cardíaco é consideravelmente mais elevado, (...). O débito cardíaco aumenta com qualquer esforço, como aquele que ocorre durante o trabalho de parto sendo 34% durante as contracções, e 12% no intervalo. A resposta simpática à dor e a ansiedade durante o parto causa maior elevação na frequência cardíaca e na pressão sanguínea.” (Rezende 2009, pg.72).

### **Alterações do Sistema Respiratório**

Durante a gravidez, ocorrem alterações estruturais e ventilatórias que tem como principal finalidade suprir as necessidades da mãe e do feto. As necessidades de oxigénio por parte da mãe aumentam como resposta a elevação do índice metabólico (Bobak, 1999, pg.105).

Para Rezende (2009, pg.74), “alterações importantes na parede do tórax e no diafragma são comuns na gravidez. Em virtude dos ligamentos das costelas, o ângulo subcostal aumenta de cerca de 70% para 100%.”

A placenta serve como suporte de gases respiratórios, visto que o feto por si só ainda não o consegue fazer, comprovado pelo mesmo autor (*ibid*, pg.29) quando demonstra que “antes das 28 semanas os pulmões do feto estão incapazes de proporcionar trocas gasosas adequadas, a superfície alveolar e a vascularização são insuficientes.”

### **Alterações no Sistema Gastrointestinal**

O crescimento progressivo do útero durante a gestação empurra e pressiona os órgãos maternos uns aos outros, nomeadamente o estômago e os intestinos para junto do fígado.

Para Alves (2012, pg.23) “devido a esse deslocamento, o esvaziamento gástrico torna-se mais vagaroso, ou seja, as ondas peristálticas esofágicas tornam mais lentas e com uma amplitude menor, podendo originar refluxos gastroesofágicos, regurgitações e indigestões.”

Segundo Bobak (1999, pg.110):

“O funcionamento do sistema gastrointestinal da mulher grávida apresenta um quadro curioso. O apetite aumenta. A secreção intestinal reduz-se. A função hepática sofre alterações e a absorção dos nutrientes é maior. O colo é deslocado lateralmente para cima e para trás. A actividade peristáltica (motilidade) diminui. Em consequência, os ruídos intestinais diminuem e o aparecimento de obstipação.”

Normalmente as gestações são acompanhadas por náuseas e vômitos, principalmente no início da gravidez, comprovada por Rezende (2009, pg.75) quando diz que, “no primeiro trimestre é frequente o aparecimento de náuseas e vômitos (50-90% das grávidas) levando por via-de-regra, a anorexia, embora numero equivalente de mulheres relate melhora no apetite”, referindo também que algumas mulheres referem ter “desejos” por alguns alimentos específicos.

### **Alterações no Sistema Renal**

De acordo com Rezende (2009, pg.75) “a maioria das mulheres grávidas tem dilatação significativamente de ambos os uréteres e pelvis renais, que se inicia precocemente (10 semanas) é por essa razão filhada a atonia decorrente de estímulos hormonais”, concordando com Bobak (1999, pg.107), quando frisa que, “as alterações na estrutura renal resultam da

actividade hormonal (estrogénio e progesterona), da pressão exercida pelo aumento do volume do útero e pelo aumento do volume de sangue.”

A maior quantidade de líquidos e toxinas é excretada pelos rins, na gravidez, com a pressão exercida pelo útero, a quantidade de líquidos eliminados diminui principalmente no terceiro trimestre de gravidez com o crescimento fetal.

Ocasionalmente, no início da gravidez, a quantidade de água eliminada pode condicionar sensação de sede. A acumulação de líquido nos membros inferiores que se verifica na fase final da gravidez pode diminuir a taxa de perfusão renal e de filtração glomerular. A resposta diurética a sobrecarga hídrica pode surgir quando a mulher está deitada, preferencialmente em decúbito lateral, e os líquidos acumulados retornam à circulação sistémica. Esta acumulação de líquidos na parte inferior das pernas é denominada edema fisiológico e não requer tratamento (Bobak 1999, pg.107).

Neste período o fluxo urinário apresenta com dificuldades, há um atraso ponderado que pode favorecer o aparecimento de diversas complicações.

De facto e conforme Rezende (2009, pg.75) “o fluxo de urina retardado é a causa da maior disposição a infecções urinárias.”

### **Alterações no Sistema Reprodutor**

As alterações anatómicas fisiológicas e bioquímicas do sistema genital se iniciam com a fecundação, e tornam-se mais visíveis com o desenvolvimento da gravidez.

Segundo Rezende (2009, pg.75) “a vulva e a vagina tumefazem-se, experimentam amolecimento e alteram a sua coloração.”

O útero abrange uma das maiores modificações na gravidez, ela tem uma capacidade extremamente elástica, o útero não grávido tem um formato de uma pera, mas no final da gravidez assemelha-se ao formato de uma melancia, conforme enfatiza Bobak (1999, pg.98) “o crescimento acentuado do útero, durante o primeiro trimestre ocorre em resposta aos estímulos produzidos pelos níveis de estrogénio e progesterona.”

Segundo o mesmo autor (*ibid*, pg.102) os seios ficam túrgidos, dolorosos e sensíveis na sexta semana de gestação. A sensibilidade dos seios varia desde a dor ténue até a dor aguda.”

### **Alterações no Sistema Tegumentar**

Segundo Bobak (1999, pg.108) “as alterações que se verificam no equilíbrio hormonal e no estiramento mecânico durante a gravidez são responsáveis por variadas alterações no sistema tegumentar. As alterações de carácter geral englobam aumento de espessura de gordura subcutânea, hiperpigmentação, crescimento das unhas e cabelo.”

Nos últimos meses de gravidez, com o feto crescendo, geralmente aparece às estrias no abdómen e nos seios. De acordo com Rezende (2009, pg.75) são “estrias grávidicas ou vibices. Inicialmente vermelhas tornam-se mais tarde brancas ou nacaradas. Há um aumento da pigmentação da linha alva do abdómen inferior (linha negra), da vulva, das aréolas mamárias e da face (cloasma).”

Considerando que a gestação seja uma fase que envolve cuidados especiais tanto maternos quanto fetais, é importante que a gestante procure orientação profissional para o acompanhamento da atividade física, e neste sentido, tem-se observado um aumento no número de gestantes que praticam exercícios aeróbicos; a atividade física aeróbia auxilia de forma significativa no controle do peso e na manutenção do condicionamento físico da gestante. Os benefícios foram atribuídos à diminuição dos sintomas de desconforto da gravidez, ao controle da ansiedade e depressão, ao menor tempo de evolução do trabalho de parto e ao menor índice de indicação de parto cesárea.

### **1.2 Classificação das grávidas**

Tendo em conta que cada gravidez é vivenciada de forma singular e para melhor compreensão da importância da prática dos exercícios físicos durante a gravidez, optou-se por agrupar as grávidas de acordo com 3 critérios importantes (OMS):

- ✓ Idade;
- ✓ Patologia associada a gravidez;
- ✓ Prática de actividade física

### **1.2.1 Em relação a idade:**

#### **➤ Grávidas adolescentes**

Compreende o grupo de todas as mulheres que engravidam com idade até 19 anos. Mediante as alterações bem evidentes e consequências psicológicas que a gravidez pode provocar na adolescente, exige-se um cuidado e empenho especiais não só pelo profissional de saúde como também pela própria gestante. Almeida (1997, pg.46) admite que as gestantes adolescentes são um grupo de risco para os transtornos alimentares durante a gravidez como a Obesidade, a Sub-nutrição ou a Anemia, isto porque, estão relacionadas com dietas hipercalóricas e deficientes em proteínas, próprias da faixa etária. As complicações obstétricas que podem surgir com uma gravidez em um corpo insuficientemente desenvolvido e maduro vão desde a toxemia gravídica, apresentações pélvicas, parto prematuro, lacerações uterinas, incompatibilidade feto-pelve, trabalho de parto prolongado, hemorragias no período de expulsão e infecções puerperais. A mortalidade materna e perinatal é duas vezes maior nestes casos.

#### **➤ Gravidas em idade reprodutiva considerado “normal”**

Segundo a OMS (2008), a melhor idade para se engravidar seria a faixa etária entre 20 a 35 anos de idade, pois o corpo está totalmente maduro para conceber uma gravidez sem muitos riscos dependendo apenas das condições psico-socio-econômicas da mulher e patologias associadas a sua gravidez. Com a evolução tecnológica e avanço do conhecimento, a maioria das mulheres desejam conquistar um posto profissional antes de constituir família por isso a maioria decide engravidar a partir dos 24/25 anos em que se encontram numa situação financeira estável que lhes permitam vivenciar a gravidez de uma forma mais tranquila.

#### **➤ Gravidas em idade avançada**

Segundo a ACOG (1994), este grupo pertence as mulheres que engravidam com idade igual ou superior aos 35 anos. Estas representam também um grupo de risco por desenvolverem complicações como: desordens hipertensivas, diabetes gestacional, abortos espontâneos, pré-eclâmpsia/eclâmpsia e aumento do número de cesarianas.

### **1.2.2 Em relação as patologias associadas a gravidez:**

Conforme Bobak (1999, pg.580):



As alterações hipertensivas na gravidez referem-se a uma grande variedade de condições nas quais se verifica uma elevação da tensão arterial materna com o correspondente risco para o bem-estar fetal. As alterações hipertensivas na gravidez contribuem em larga escala para a morbidade e mortalidade maternas e perinatais.

#### ➤ **Hipertensão crónica**

Segundo Bobak (1999, pg.581) “hipertensão crónica é definida como a hipertensão existente antes da gravidez ou diagnosticada antes da vigésima semana de gestação”, na mesma linha de pensamento complementa Rezende (2009, pg.204) que, “hipertensão crónica na gravidez como estado hipertensivo (PA  $\geq$ 140/90 mmHg) preexistente a gravidez ou ocorrido antes de 20 semanas e ainda decorridas 6-12 semanas do pós-parto.”

#### ➤ **Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia**

Segundo Sousa *et al.* (2010) a pré-eclâmpsia é uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna, podendo se manifestar de forma pura, sem antecedentes de hipertensão crónica, ou sobreposta a uma doença hipertensiva subjacente, geralmente acometendo primigestas, com maior incidência em casos de gestações múltiplas.

Trata-se de uma das síndromes hipertensivas gestacionais, observada a partir da 20ª semana de gestação, apresentando como características o aumento da tensão arterial (igual ou acima de 140/90 mmHg), proteinúria e presença de edema nas mãos e pés.

Esta patologia, além da tríade clássica das doenças hipertensivas na gravidez, pode apresentar alguns sintomas que exigem maior atenção do enfermeiro que acompanha a gestante e que podem auxiliar no diagnóstico, como cefaleia, visão turva, dor abdominal, náuseas e vômitos. A sua forma mais grave pode ser caracterizada pela presença de vasoespasmos ao exame de fundo de olho, ganho de peso acima de 400 g por semana e volume urinário inferior a 600 mL por dia.

A pré-eclâmpsia é responsável por complicações em 2% a 8% das gestações. Pode também afetar o feto, causando hipoxia, restringir seu crescimento intrauterino, levar a um parto prematuro e, em virtude da associação desses fatores, a um alto índice de mortalidade perinatal.

A incidência dessa complicação abrange primigestas, pacientes com história familiar, antecedentes gestacionais e gestantes com aumento da massa trofoblástica (gestação múltipla, gestação molar, *triploidia fetal*<sup>1</sup>). O aparecimento de convulsões em pacientes com pré-eclâmpsia, sem causa identificável, caracteriza um quadro de eclâmpsia.

Dentre dos principais factores de risco para a pré-eclâmpsia destaca-se gravidez com idade superior a 40 anos, raça, obesidade, diabetes, doença vascular crónica, pré-eclâmpsia em gestação anterior, gestação gemelar, doença renal, excesso de esforço físico ou psíquico, hidropsia fetal. Outros autores relatam que pode haver associação entre infecções do trato urinário e maior propensão à pré-eclâmpsia. Segundo Sousa (2010), mulheres que apresentam histórico familiar para esta síndrome têm risco maior de desenvolvê-la.

Seu diagnóstico é realizado por meio de exames clínicos e complementares. Um exame amplamente utilizado nas gestantes de risco é a ultrassonografia com Doppler, que tem sido usada como um teste para se detectar a pré-eclâmpsia precocemente, por volta do primeiro e segundo trimestre da gravidez, antes mesmo de aparecerem os sinais clínicos. Este exame vai verificar a velocidade de fluxo sanguíneo na artéria uterina.

Recomenda-se também que mulheres que apresentem mais de um fator de risco para a pré-eclâmpsia façam consultas pré-natal mais frequentes do que aquelas que não são tão suscetíveis a esta síndrome. Quando não tratada, ou quando a gestação não é interrompida, sua tendência é evoluir para as formas mais graves de síndromes hipertensivas gestacionais, como a síndrome de Hellp e a eclâmpsia.

Como sublinha Pascoal (2002), a eclâmpsia é considerada como a evolução natural da doença, mas algumas evidências questionam se essas convulsões não são apenas manifestações da pré-eclâmpsia grave. Embora a fisiopatologia da eclâmpsia tenha base biológica comum, existem diferenças entre as gestantes que evoluem com convulsão.

Pode-se evitar a eclâmpsia com assistência obstétrica, e um acompanhamento adequado. É importante lembrar que 20% a 38% das gestantes que apresentam convulsões

---

<sup>1</sup> **Triploidia fetal:** condição genética em que existe a duplicação do número de cromossomas normais do ser humano levando o feto a nascer não com 46 cromossomas mas sim 69. Este tipo de gestação triploide evolui sempre para aborto espontâneo ou então parto prematuro em que o feto sobrevive apenas as primeiras 5 horas de vida. Fonte: [http://web2.sbg.org.br/congress/CongressosAnteriores/Pdf\\_resumos/51/GH868.pdf](http://web2.sbg.org.br/congress/CongressosAnteriores/Pdf_resumos/51/GH868.pdf)

estão com a pressão arterial com valores inferiores a 140/90mmHg, antes dos primeiros episódios convulsivos (MELO *et al.*, 2009). O mesmo autor relata ainda que a eclâmpsia é uma doença que predomina na população de baixo nível socioeconómico e que pertençam a raça negra.

### ➤ **Obesidade**

Segundo a OMS, (*cit in* Mattar, 2009) o sobrepeso e obesidade são definidos como acúmulo anormal ou excessivo de tecido adiposo que pode levar a prejuízos para a saúde. A gravidez pode actuar como desencadeante da obesidade, ou como agravante quando este já é pré-existente. O excesso de tecido adiposo materno afeta o feto desde a fase embrionária até o parto. A taxa de malformações fetais aumenta em gestantes obesas em comparação com gestantes com peso normal. Gestante que sofrem de obesidade também tem mais risco de desenvolver hemorragias pós-parto, partos por cesárea, partos induzidos, macrôssomia fetal e infecções puerperais. A obesidade na gravidez se não for controlada pode evoluir para Diabetes Gestacional.

### ➤ **Diabete Gestacional**

O Diabetes Gestacional é definido como qualquer grau de redução da tolerância a glicose, cujo início ou detecção ocorre durante a gravidez. Embora a maior parte dos casos de diabetes gestacional se resolva no período pos-parto, a definição se aplica independentemente de a condição persistir após a gravidez. (Wheinert, 2011)

O risco de desfechos adversos maternos, fetais e neonatais aumenta de forma continua com a elevação da glicemia materna. As complicações mais frequentemente associadas ao diabetes gestacional são: parto por cesariana, pre-eclâmpsia, prematuridade, macrossomia, distocia de ombro, a hipoglicemia e a morte perinatal.

### ➤ **Lombalgias**

As lombalgias são a queixa mais frequente em gestantes principalmente no terceiro trimestre da gravidez em que o peso do bebé interfere com a postura da gestante e também com mudanças no assoalho pélvico que já se prepara para o nascimento de seu bebé.

A lombalgia tem como principais fatores predisponentes a mudança no centro de gravidade, que tende a deslocar-se para frente devido ao crescimento uterino abdominal e

aumento significativo dos seios, anteversão pélvica, aumento da lordose lombar e aumento da elasticidade ligamentar.

De acordo com Perego et al. (2002) as lombalgias se dividem em três grupos: lombalgia postural, dor lombar sacro-ilíaca e dor lombar pós-natal. A lombalgia postural se dá devido a alterações posturais e diminuição da função abdominal. Os sintomas de dor lombar geralmente pioram com a fadiga muscular e amenizam com repouso ou mudança de posição. A dor lombar sacro-iliaca é uma dor que se localiza na pelve posterior e é descrita como dor cortante profundamente nas nádegas distal e 5ª vértebra lombar lateral/1ª vértebra sacral. A dor lombar pós-natal é uma queixa muito frequente no puerperio e não limitada às mulheres que sentiram dor nas costas durante a gravidez.

### **1.2.3 Em relação a Prática de Actividade Física: Grávidas sedentárias**

Para Matsudo e Matsudo (2002) este grupo trata-se das mulheres que não praticavam nenhum tipo de desporto de alta competição, nem exercícios físicos antes da gravidez sendo adeptas apenas de caminhadas leves como hobbie ou entretenimento. Este grupo pode perfeitamente iniciar a prática de atividade física como preparação para um parto menos doloroso desde que seja com devida orientação de uma equipa multidisciplinar e tendo em atenção se não apresenta nenhuma patologia associada a gravidez que represente risco a gestante e a seu bebé.

### **Grávidas Atletas**

Este grupo representa as mulheres que praticavam exercícios físicos e desporto de alta competição antes da gravidez e que continuaram após o diagnóstico. Existe pouca informação sobre as complicações da gravidez de atletas profissionais ou atletas que continuam se exercitando durante a gravidez.

Para Matsudo e Matsudo (2002), no caso das grávidas atletas de alto rendimento (profissionais e/ou amadoras), a recomendação do exercício físico deve ser individualizada e adaptada. A prática de certos desportos que exponham a gestante ou o feto a qualquer risco deve ser interrompida ou desestimulada. Em geral, mulheres com essas características

conseguem manter atividades em intensidade de moderada a intensa até o segundo trimestre e precisam diminuir no terceiro trimestre, e devem ter monitoração médica mais frequente.

### 1.3 Conceito de atividade física

A OMS (2008) define:

**Atividade física** é qualquer movimento corporal que conseguimos realizar, em função de contração muscular e com gasto energético acima do basal. Assim, quando a mulher estiver caminhando em direção ao mercado ou dançando com seu marido ela está fazendo atividade física. É considerada a melhor relação entre movimento humano e saúde.

Ainda a mesma organização define **exercício** como um tipo de atividade física mais estruturada, que envolve intensidade, frequência, duração, tendo como objetivo melhora da qualidade física e por conseguinte da saúde. Assim, quando a mulher caminhar, ao mercado ou a qualquer lugar, com um determinado número de passadas/min, para percorrer a referida distância em um determinado intervalo de tempo ela estará fazendo exercício.

**Desporto** é um tipo de atividade física que envolve conceitos de desempenho e competição. Assim, quando a mulher quiser percorrer aquela distância ao mercado mais rapidamente que qualquer outra, ela estará competindo, praticando esporte.

Analisando essa recomendação em relação a mulher grávida pode-se ressaltar:

- Grávidas deveriam acumular **pelo menos 30 minutos** ao dia, o que significa que aquelas que quiserem, puderem ou estão acostumadas a fazer mais tempo estão incluídas na mensagem; embora não se recomende atividades contínuas que durem mais de 60 minutos.
- Recomendando **atividade física e não esporte**. Assim atividades do dia-a-dia, como ir andando ao banco, escola, mercado, ao trabalho, subir escadas ou dançar são válidas.

#### 1.4 Benefícios da atividade física durante a gravidez

A prática regular, moderada e supervisionada de atividade física pela gestante pode trazer os seguintes benefícios a sua gravidez:

- **Controlo do peso ganho:** Silva et al. (2007) refere que o aumento de peso durante a gravidez pode levar a complicações no parto e no puerpério e ao desenvolvimento de patologias (Ex: HTA, DM, obesidade pós-parto e macrosomia fetal). Por outro lado também, um baixo peso pode conduzir a um mau desenvolvimento fetal, comprometendo o trabalho de parto. Portanto para a ACOG (2009), a AF tem um papel importante, pois controla o peso ganho com a diminuição da gordura localizada no 3º trimestre da gravidez.
- **Redução de edemas e caibras nos membros inferiores:** A prática de atividade física que envolvam exercícios de alongamento e relaxamento (Ex: natação) pode ajudar a diminuir a sensação de enchaço nas pernas da gestante e melhorar a circulação sanguínea nos mesmos. (Lowdermilk e Perry, 2008);
- **Prevenção e redução de lombalgias:** As lombalgias devem-se á mudança do centro de gravidade pelo crescimento do útero e aumento do peso dos seios. Para Lima e Oliveira (2005) Um programa de exercícios no 2º trimestre poderá reduzir este desconforto e aumentar a flexibilidade da coluna;
- **Fortalecimento da musculatura pélvica e prevenção da incontinência urinária:** A AF promove o controlo dos músculos da bexiga através de exercícios dirigidos á musculatura pélvica (Silva, 2007), como os exercícios de Kegel que auxiliam na contração e distensão destes músculos, diminuindo a incontinência urinaria na ultima fase da gravidez e no pós-parto e aumentando o rendimento da força feita pela gestante no momento de expulsão do bebe (Lowdermilk e Perry, 2008).
- **Maior Flexibilidade:** A AF permite maior flexibilidade incidindo nas articulações e ligamentos pélvicos (Silva, 2007). Lima e Oliveira (2005) ainda acrescentam que os exercícios de intensidade moderada podem melhorar a resistência muscular, sem aumento do risco de lesão ou complicação na gravidez e no feto. A resistência e flexibilidade musculares permitirão suportar adequadamente o peso ganho e atenuar alterações posturais;

- **Prevenção e redução de stresse cardiovascular:** Como referido no capítulo anterior no início da gravidez a tensão arterial da gestante tende a diminuir pela vasodilatação e menor resistência vascular sistémica aumentando a partir do 3º trimestre. Portanto a AF proporciona frequência cardíaca mais baixa, maior volémia, maior oxigenação, menor tensão arterial e prevenção de trombose e varizes.
- **Melhor aproveitamento do Oxigénio:** As técnicas de respiração usadas nas várias AF são uma boa preparação para o parto permitindo que a gestante aprenda a respirar calmamente entre as contracções.
- **Trabalho de parto facilitado e maior tolerância a dor:** Silva (2007) sublinha que AF promove o relaxamento muscular e facilita o trabalho de parto, ao aumentar o estrogénio, levando assim a trabalhos de parto mais curtos, menos intervenções obstétricas e dor de parto, pelo que as gestantes fisicamente ativas toleram melhor este momento.
- **Prevenção de parto pré-termo e cesarianas:** Gestantes sedentárias apresentam um risco 4,5 vezes maior de nascimentos por cesarianas do que as fisicamente ativas, quando controladas as variáveis idade, tipo de anestesia, alteração do IMC anterior a gravidez, trabalho de parto induzido e tipo de hospital (Baptista et al. 2003).
- **Proteção da saúde mental materna e prevenção de patologias da gravidez:** Lima e Oliveira (2005) defendem que a prática regular de exercício físico apresenta fatores protetores sobre a saúde mental e emocional da mulher durante e após a gravidez na medida em que, as praticantes tem um humor mais positivo, menor sintomatologia depressiva e ansiosa, menor stress associado a gravidez, maior auto-estima e satisfação com a sua imagem corporal. Também indicam benefícios da AF na prevenção e tratamento de patologias como a incontinência urinária, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, Obesidade, Diabetes gestacional, pela rentabilização da degradação da glicose nos grandes grupos musculares e maior sensibilidade á insulina.
- **Benefícios em relação a saúde fetal:** Gestantes que praticam AF de intensidade moderada durante o crescimento placentar apresentam elevada capacidade funcional da placenta, com melhoria na distribuição dos nutrientes e crescimento fetal, assim também como melhores valores no teste de Apgar. A AF também é muito importante

durante o aleitamento materno, pois o excesso de peso pode estar associado a um período de amamentação menor.

### **1.5 Riscos/ sinais de alerta para suspender a atividade física durante a gravidez**

Segundo ACOG, (*cit in* Santos, 2014) assim como Batista *et al.* (2003) e Lima e Oliveira *et al.* (2007), os sinais de alerta para que a gestante suspenda a prática dos exercícios são:

- Sangramento vaginal;
- Dispneia após o esforço;
- Tonturas;
- Cefaleias;
- Dor torácica;
- Fraqueza muscular;
- Dor ou edema dos tornozelos
- Contrações uterinas;
- Diminuição dos movimentos fetais;
- Perda de líquido amniótico;

### **Indicações e contra indicações**

A ACOG afirma que a prática de AF deveria ser desenvolvida em gestantes que apresentassem condições favoráveis sendo necessário conhecer também as condições desfavoráveis e havendo um período mais propício para o seu início.

### **Quadro 1 – Indicações para a prática de atividade física na gravidez**

INDICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA NA GRAVIDEZ	
INDICAÇÕES	Desde que...
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sejam saudáveis e tenham uma gravidez normal</li><li>• Os exercícios sejam de intensidade moderada;</li><li>• Evitem treinos em frequência cardíaca acima e 140bpm (Lima e Oliveira, 2005);</li><li>• Apresente indicação médica a especificar as atividades</li></ul>



INICIAR OU  
CONTINUAR A  
PRÁTICA DE AF  
(SILVA, 2007)

que pode realizar e sua intensidade provando ter passado por avaliação médica antes de iniciar a AF;

- Pratique os exercícios regularmente e tenha estabelecido uma rotina de exercícios que seja adaptada aos seus limites de tolerância (idem);
- Com a evolução da gravidez, adequar a intensidade dos exercícios, considerando a diminuição da reserva cardíaca e o aumento do esforço respiratório característicos (idem);
- Manter uma boa hidratação fazendo devida reposição dos líquidos perdidos (Lima e Oliveira, 2005)
- Aumentar a ingestão calórica para reposição a energia consumida nos exercícios e garantir as necessidades energéticas extra próprias da gravidez (Lowdermilk e Perry, 2008)

Exercitar-se 3 a 4 vezes por semana durante 30 minutos (Lima e Oliveira, 2008)

- Já pratica AF podendo a intensidade ser mais elevada como garantias de segurança (Lima e Oliveira, 2008)

Exercitar-se no período de amamentação (idem)

- Consuma uma quantidade adequada de calorias (Idem)

Evitar actividades de contato físico que apresentem risco de perda de líquido, traumas ou colisão (idem)

-----

Usar roupas confortáveis evitando as que sejam pesadas e quentes.

-----

**Fonte: Adaptação própria**

## Quadro 2 – Contraindicações para a prática de AF durante a gravidez

CONTRA-INDICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE AF DURANTE A GRAVIDEZ	
ABSOLUTAS	Relativas
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cardiopatias com alterações hemodinâmicas significativas;</li><li>• Doenças miocárdicas descompensada</li><li>• Pré-eclâmpsia descontrolado;</li><li>• Tromboflebite;</li><li>• Embolia pulmonar recente;</li><li>• Doença pulmonar restrita;</li><li>• Placenta prévia após 26 semanas da gravidez;</li><li>• Ruptura das membranas;</li><li>• Sangramento uterino persistente no 2º e 3º trimestre</li><li>• Risco de parto prematuro</li><li>• Doença infecciosa aguda;</li><li>• Suspeita de <i>stress</i> fetal;</li><li>• Inexistência de acompanhamento pré-natal.</li><li>• Gestação múltipla a partir de 30 semanas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Anemia</li><li>• Arritmia Cardíaca materna</li><li>• Bronquite crônica</li><li>• Diabetes tipo I não controlada</li><li>• Obesidade mórbida</li><li>• Baixo peso com IMC menor que 12</li><li>• Estilo de vida sedentário</li><li>• Retardamento do crescimento intra-uterino</li><li>• Limitações ortopédicas</li><li>• Tabagismo</li><li>• Hipertireoidismo não controlado.</li></ul> <p>(Batista et al. 2003)</p>

**Fonte: Adaptação da Revista Percurso, nº17 de Julho- Setembro de 2010**

Porém deve-se considerar também o ambiente onde a gestante deve realizar seus exercícios assim como a intensidade dos exercícios. Para isso existem condições que contra-indicam a prática de AF:

- Ambientes muito quentes e húmidos que como observa Lima e Oliveira (2005) podem causar um desequilíbrio na termorregulação da gestante o que acarreta a subida da temperatura materna que

## **1.6 Tipos de atividades**

A gestante deve escolher uma atividade que melhor se adapte às suas características e interesses para, com isso, aumentar a aderência ao exercício escolhido em longo prazo. Sempre devem ser evitados exercícios que coloquem a gestante ou o feto em risco, como atividades de alto impacto, com risco de queda ou trauma abdominal e desportos de contato.

### **➤ Exercícios aeróbicos**

Para Nascimento et al (2014), de entre as modalidades de exercício, os aeróbicos são os mais estudados. A caminhada é o exercício mais frequente e o mais escolhido entre as gestantes. O objetivo do exercício aeróbico durante a gestação é manter a capacidade cardiorrespiratória e o condicionamento físico ao longo do processo, além de auxiliar na prevenção e no controle do DG, da hipertensão gestacional e do ganho de peso materno. Deve incluir atividades que envolvam grandes grupos musculares, como caminhada ou corrida leve, bicicleta estacionária, natação, hidroginástica, dança ou ginástica aeróbica de baixo impacto.

Gestantes sem complicações clínicas ou obstétricas submetidas a exercício físico aeróbico em esteira até a fadiga não apresentaram alterações das repercussões fetais ao estudo da dopplervelocimetria após o exercício. Esses resultados indicam que em gestantes sem complicações clínicas ou obstétricas o feto saudável é capaz de desenvolver mecanismos compensatórios e não entrar em sofrimento após o exercício, o que permite a homeostase das trocas gasosas e impede efeitos deletérios da hipóxia fetal, mesmo durante a atividade física moderada a intensa em gestantes previamente sedentárias.

### **➤ Treino de resistência muscular**

O possível benefício do fortalecimento muscular é a manutenção do condicionamento muscular ou o aumento de força muscular global, permitindo melhor adaptação do organismo materno às alterações posturais provenientes da evolução gestacional e contribuindo para a prevenção de traumas e quedas, bem como para a prevenção e o tratamento de desconfortos musculoesqueléticos. Nascimento *et al.* (2014) sublinha que o fortalecimento deve priorizar a musculatura paravertebral lombar, a cintura escapular e, preferencialmente, envolver grandes grupos musculares. Deve-se preferir, como critério de escolha, utilizar o próprio peso corporal e faixas elásticas no lugar de aparelhos de musculação ou pesos livres. Lima e Oliveira *et al.* (2007) ainda acrescentam que deve-se também evitar cargas elevadas, exercícios isométricos

intensos repetidos e posturas que coloquem a gestante em risco, principalmente aquelas que possam afetar seu equilíbrio. Os exercícios de resistência muscular devem ser adaptados com muito cuidado a cada período gestacional.

Alguns exemplos de exercícios de resistência muscular que as gestantes podem realizar são: Yoga, Pilates, musculação com cargas leves, treinamento funcional e treino com circuito. Vale ressaltar que existem pouquíssimos estudos avaliando algumas das práticas citadas acima, como o Pilates e o treinamento funcional, no entanto, levando-se em conta todos os cuidados recomendados para o período e uma prática supervisionada por profissional capacitado muitos deles poderão ser bem adaptados para os interesses da gestante. (Nascimento *et al.* 2014)

#### ➤ **Alongamento muscular**

Ainda o mesmo autor retifica que o alongamento muscular é parte fundamental do programa de exercício, permitindo melhorar a flexibilidade e o relaxamento muscular, e ajudando na adaptação postural e na prevenção de dores de origem musculoesqueléticas. Deve ser complementar ao exercício aeróbico e ao treinamento de resistência. Técnicas de alongamento muscular, como o Yoga e o *Stretching* Global Ativo, comprovadamente diminuem as queixas de dor pélvica posterior e de dor lombar durante a gestação. Diante do aumento nos níveis de relaxina e da progesterona durante a gestação, devem-se evitar alongamentos extremos para prevenir lesões ligamentares e articulares.

#### ➤ **Treinamento dos músculos do assoalho pélvico**

Existe evidência científica de que o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) durante a gestação diminui o risco de incontinência urinária no pós-parto. A gravidez é um momento oportuno para introduzir a prática de exercícios perineais na vida da mulher. Não há contraindicações para sua prática durante e após a gestação, devendo exercícios desse tipo ser recomendados sistematicamente para todas as gestantes. A gestante deve realizar o TMAP com contrações sustentadas, ou seja, contrair e manter durante cinco a dez segundos, e contrações rápidas (contrair e relaxar) em diferentes posturas. Como sugestão, deve realizar diariamente duas séries de oito contrações sustentadas por cinco segundos e duas séries de dez contrações rápidas.

### **1.7 Intensidade Dos Exercícios Durante A Gravidez**

A intensidade do exercício deve ser medida preferencialmente pela FC ou pela sensação subjetiva de esforço (Escala de Borg). Assim como afirma Nascimento (2014), recomenda-se que o exercício seja realizado de acordo com os seguintes critério: 60 a 80% da FC máxima, calculada pela fórmula  $FC_{m\acute{a}x}=220-idade$ . A Sociedade Canadense de Ginecologistas e Obstetras (SCGO) assume as seguintes faixas de treinamentos para gestantes: idade <20 anos: 140 a 155 batimentos cardíacos por minuto (bpm); 20–29 anos: 135 a 150 bpm; 30–39 anos: 130 a 145 bpm; > 40 anos: 125 a 140 bpm. Outro critério é a escala de percepção subjetiva de esforço de Borg, que varia de 6 (sem esforço) a 20 (esforço máximo). A intensidade deve ser preferencialmente entre 12 e 14, correspondendo a uma atividade leve a um pouco cansativa.

Outra opção mais simples é o *Talk-test*, em que a gestante é orientada a observar sua habilidade em manter uma conversa durante o exercício físico, o que assegura que este está sendo realizado em intensidade leve a moderada, prevenindo-se o esforço físico excessivo.

### **1.8 Frequência e duração dos exercícios**

Quando a frequência e duração dos exercícios, Nascimento et al (2014) explica que gestantes ativas podem manter ou adaptar sua rotina de exercícios entre 4 e 5 vezes na semana em sessões de 30 minutos ou mais de exercícios. Gestantes previamente sedentárias devem começar com 15 minutos de exercício aeróbico 3 vezes por semana e aumentar gradativamente o tempo de exercícios. Por exemplo, acrescentar 5 minutos por semana até o recomendado de 150 minutos de exercício aeróbico por semana ou 30 minutos de exercício 5 vezes na semana. Devem ser evitados exercícios por períodos prolongados, por exemplo, além de 60 minutos contínuos.

Vale lembrar que o ideal é a combinação de exercícios aeróbicos, de resistência e o alongamento muscular. Logo, uma ou duas sessões de exercício aeróbico na semana podem ser substituídas pelo treino de resistência muscular em dias não consecutivos.

### **1.9 Efeitos dos exercícios no trabalho de parto**

Segundo BATISTA et al. (2003), a gestante praticante de exercícios físicos pode suportar melhor as complicações que tendem a surgir no momento do parto, essencialmente

em partos que levam um tempo mais longo para serem realizados, o resultado favorável é afirmado em pesquisas que apresentam grande redução de dificuldades na parturidade, melhor facilidade para a passagem do feto devido à flexibilidade e relaxamento que alargam as juntas e suavizam as cartilagens diminuindo as dores, apresentam assim uma melhor readaptação após o parto.

SALES et al. (2014), também realça que a prática de exercício físico é essencial para o desempenho saudável da grávida e do bebê, desta forma, a mulher que der continuidade no programa de exercícios durante a gravidez tende a ganhar crianças mais saudáveis. A prática da caminhada pode auxiliar no bom posicionamento de encaixe do bebê. A eficácia da reabilitação após o parto pode ser resultado da realização de hidroginástica. Assim seis meses após o parto, a gestante praticante de atividade física retorna ao mesmo peso corporal de antes da gestação.

## **1.10 Recomendações de exercícios físicos por trimestre gestacional**

### **1.10.1 Primeiro Trimestre**

O primeiro trimestre pode ser uma fase delicada para a prática de exercício, pois as alterações hormonais determinam com relativa frequência mal-estar, como náuseas e vômitos, além de sonolência e indisposição, o que pode dificultar a aderência e a disposição para os exercícios.

Os exercícios aeróbicos são recomendados para as mulheres que os praticavam antes da gestação, porém com menor intensidade, frequência e duração, de acordo com o discutido anteriormente. Os alongamentos podem ser realizados, sem contraindicações. Já os exercícios para o fortalecimento muscular são recomendados, desde que de forma supervisionada. Recomenda-se preferir sempre exercícios envolvendo grandes grupos musculares, com pouca carga e maior número de repetições, bem como evitar manobra de Valsava durante o treino de resistência muscular. Todas as gestantes devem ser orientadas a realizar diariamente o treinamento dos músculos do assoalho pélvico com contrações sustentadas e rápidas dos músculos do assoalho pélvico (MAP) desde o primeiro trimestre. Também não há contraindicação para as mobilizações articulares e relaxamento.

### **1.10.2 Segundo Trimestre**

Em geral, é o melhor período para a prática de exercícios, pois a mulher se encontra mais disposta, livre, em geral, dos inconvenientes do início da gravidez. Mulheres que não praticavam exercício antes da gestação podem iniciar sua prática a partir do segundo trimestre. A partir da 20ª semana, com o crescimento acelerado do volume uterino, deve-se ter cuidado com a realização de exercícios em posição supina por tempo prolongado, a fim de evitar a síndrome da hipotensão supina. Os exercícios aeróbicos continuam recomendados para todas as gestantes, mesmo as que eram sedentárias antes da gestação, desde que sigam as instruções de tipos, intensidade e frequência do exercício escolhido. Quanto ao alongamento, embora recomendado para esse período, deve levar em conta alguns cuidados a partir da décima semana de gestação, quando ocorre o pico do hormônio relaxina circulante, levando à maior flexibilidade dos tecidos articulares e ligamentares; logo, alongamentos extensos e extremos podem aumentar o risco de lesões dessas estruturas. Exercícios para o fortalecimento muscular, exercícios perineais e mobilizações articulares e relaxamento seguem as mesmas recomendações do primeiro trimestre.

### **1.10.3 Terceiro Trimestre**

A gestante naturalmente tende a diminuir a intensidade dos exercícios em função do aumento de peso corporal e outros desconfortos e limitações. No entanto para Nascimento et al. (2014) a prática de exercícios leves deve continuar a ser estimulada. Nesse período, atividades aeróbicas na água, como natação e hidroginástica, e caminhadas são indicadas para manter a capacidade aeróbica e o condicionamento físico, assim como os exercícios de respiração, mobilizações e relaxamento envolvidos na preparação para o parto. Algumas adaptações ao exercício podem ser necessárias nesse período, por exemplo, pedalar em bicicleta ergométrica horizontal pode ser mais confortável para a gestante do que em bicicleta ergométrica vertical tradicional.

O TMAP deve continuar durante o terceiro trimestre, não havendo contraindicação para a sua prática. Para as mulheres que realizaram treino do MAP durante a gestação, o terceiro trimestre é o momento ideal para conscientização sobre o relaxamento dos MAP e o

aumento da sua flexibilidade. No entanto, enquanto a efetividade do fortalecimento dos MAP durante a gestação está bem estabelecida na literatura para a prevenção de sintomas urinários<sup>34</sup>, a utilização de técnicas como massagem perineal ainda necessita de mais estudos para esclarecer seu efeito protetor sobre o assoalho pélvico durante e após o parto.

### **1.11 Intervenções de enfermagem**

A intervenção do enfermeiro no contexto de saúde materna engloba um conjunto de medidas educativas que passam por averiguar e esclarecer das dúvidas de gestante, destacando os aspectos positivos e promovendo a adoção de hábitos de vida saudáveis com vista a prevenção das alterações que possam ocorrer, sendo essencial, segundo Martins (2004), que os cuidados de saúde primários apresentem programas que a suportem.

Neste sentido, o enfermeiro acompanhará a gestante no seu percurso, apresentando-se como um recurso disponível para o cumprimento do seu projecto de saúde, tendo em conta as suas expectativas face a esta fase da sua vida. Desta forma, intervirá de acordo com um plano de cuidados baseado no Processo de Enfermagem, que traçará dando enfoque, neste caso, é realização de AF.

#### **1.11.1 – Avaliação Inicial**

Segundo Potter e Perry (2006), através de diferentes instrumentos básicos do Processo de Enfermagem, o enfermeiro deverá realizar a anamnese da gestante, dando especial destaque a observação e a entrevista, caso seja a sua primeira consulta de enfermagem. Com isso o enfermeiro deve:

- Conhecer o período gestacional em que a mulher se encontra, quais as patologias que tem ou teve (nomeadamente de fórum cardíaco, respiratório, ou osteo-articular) e quais as alterações mais significativas sofridas pelo corpo da mulher em causa com a gravidez (avaliar o peso e calcular o IMC), e questiona-la sobre como se sente nesta nova situação e em relação a estas alterações;
- Perguntar a gestante se costuma praticar exercícios (se não, procurar saber porque, se possível. Se sim, questiona-la sobre o tipo de exercícios que realiza habitualmente, os que gostaria de manter durante a grávida e se sente cansaço, dificuldade em respirar, palpitações, tonturas ou sensação de desmaio, durante a sua realização);



- Indagar sobre os conhecimentos que a mulher tem sobre o impacto da AF na gravidez;
- Examinar o corpo da gestante, verificando o seu alinhamento atentando especialmente aos seus membros de forma a perceber se há edema, nomeadamente dos membros inferiores, ou rubor indicando um potencial processo inflamatório;
- Avaliar a amplitude dos movimentos da gestante por observação da sua marcha através da realização de mobilizações passivas e ativas. Aproveitar para avaliar a dor durante o processo;
- Perguntar a gestante se durante as suas atividades diárias costuma sentir-se cansada.

### 1.11.2– Diagnóstico de Enfermagem

Nesta fase, o enfermeiro começa por identificar as Necessidades Básicas (NHB) que se encontram comprometidas utilizando do NANDA (2007/2008), sendo as mais relacionadas com a AF na gravidez:

- Segurança,
- Higiene e Conforto;
- Alimentação,
- Sono e Repouso,
- Oxigenação/respiração,
- Autoconceito;

Após este passo o enfermeiro levanta os vários diagnósticos associados aos problemas verificados como pode-se observar no quadro abaixo:

**Quadro 3: Diagnósticos de acordo com as NHB relacionadas com a AF na gravidez que se encontram comprometidas**

<b>Diagnóstico</b>	<b>Definição</b>	<b>Características Definidoras</b>	<b>Factores Relacionados</b>
<b>Troca de gases prejudicada</b>	Excesso ou deficit na oxigenação e/ou na eliminação de dióxido de carbono na	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiração anormal (p. ex., frequência, ritmo, profundidade);</li> <li>• Hipoxemia;</li> </ul>	Desequilíbrio na ventilação perfusão proprio da gravidez

	membrana alveolocapilar.		
<b>Disposição para Nutrição melhorada</b>	Um padrão de ingestão de nutrientes que é suficiente para satisfazer as necessidades metabólicas e que pode ser reforçado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresso desejo de melhorar a sua nutrição;</li> <li>• Alimenta-se regularmente;</li> <li>Armazena alimentos e líquidos com segurança;</li> <li>• Expressa conhecimento sobre escolhas alimentares saudáveis;</li> </ul>	
<b>Risco de Glicemia instável</b>	Risco de variação nos níveis de glicose/açúcar no sangue em relação aos parâmetros normais.		Gravidez; Nível de atividade física; Estado de saúde física; Estresse;
<b>Deambulação prejudicada</b>	Limitação à movimentação independente, a pé, pelo ambiente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidade prejudicada de percorrer a distância necessárias;</li> </ul>	Dor; Equilíbrio prejudicado; Prejuízo musculoesquelético;
<b>Insônia</b>	Distúrbio na quantidade e na qualidade do sono que prejudica o funcionamento normal de uma pessoa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente relata dificuldade para permanecer dormindo;</li> <li>• Paciente relata insatisfação com o sono (atual);</li> </ul>	Desconforto físico (Ex: dor, incontinência/urgência); Estresse; Prejuízo musculoesquelético;

<b>Deficit no Autocuidado para higiene íntima</b>	Capacidade prejudicada de realizar ou completar as atividades de higiene íntima por si mesmo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapacidade de fazer uma higiene íntima apropriada;</li> </ul>	Dor; Estado de mobilidade prejudicada; Prejuízo musculoesquelético;
<b>Risco de lesão</b>	Risco de lesão, como resultado de condições ambientais interagindo com os recursos adaptativos e defensivos do indivíduo.		Físicos (Ex: pele lesionada, mobilidade alterada); Psicológicos (orientação afetiva); Má nutrição;
<b>Mobilidade física prejudicada</b>	Limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais Extremidades.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldade para virar-se;</li> <li>• Instabilidade postural;</li> <li>• Movimentos lentos;</li> <li>• Mudanças na marcha;</li> </ul>	Intolerância à atividade; Estilo de vida sedentário; Dor; Prejuízos musculoesqueléticos; Resistência diminuída por restrições Prescritas de movimento;
<b>Disposição para Autoconceito</b>	Um padrão de percepções ou idéias sobre si mesmo que é suficiente para o bem-estar e Pode ser reforçado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceita suas limitações</li> <li>• Aceita suas qualidades</li> <li>• Expressa confiança em suas Capacidades</li> <li>• Expressa desejo de melhorar o Autoconceito</li> </ul>	
	Risco de desenvolvimento uma percepção negativa		Mudanças de papel social Prejuízo funcional

<b>Risco de baixo Auto-estima situacional</b>	sobre o seu próprio valor em Resposta a uma situação atual (gravidez).		Auto expectativa não realistas
<b>Conhecimento deficiente sobre a AF na gravidez</b>	Ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a AF na gravidez	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desempenho inadequado em um teste;</li> <li>• Seguimento inadequado de instruções;</li> <li>• Verbalização do problema;</li> </ul>	Falta de familiaridade com os recursos de informação; Interpretação errônea de informação;

**Fonte: Adaptação do Diagnostico de Enfermagem NANDA (2007/2008)**

### **1.11.3– Planeamento e Implementação**

Lowdermilk e Perry (2008) referem que dependendo das NHF comprometidas no diagnóstico formulado, o enfermeiro delineará resultados esperados e específicos, realistas e a prazo, os - quais poderá atingir aplicando alguns das seguintes estratégias:

- Incentivar e ajudar a gestante a construir um programa de exercícios adaptado aos seus limites de tolerância, sobretudo se não tem praticado exercício com regularidade;
- Explicar á gestante a importância de praticar exercício regularmente (pelo menos 3 vezes por semana, desde que se sinta bem) como forma de melhorar o tónus muscular. Desta forma, recomendar 30 minutos de exercício físico moderado, que devem ser interrompidos com breves minutos de intervalo para descanso (2 a 3 minutos);
- Recordar a gestante da necessidade de diminuir a intensidade dos exercícios ao longo da gravidez, pois as alterações normais que ocorrem nesta, pode levar a esforço fisiológico excessivo, se o exercício for desadequado;
- Recomendar a gestante a avaliação do pulso a cada 10 á 15 minutos sempre que fizer exercício. Ao ensinar-lhe a forma correcta de fazer, o enfermeiro deverá aconselha-la a descansar sempre que a sua FC for superior a 140bpm, apenas retomando a atividade

quando atingir no máximo 90 bpm. Nisto, é importante indicar-lhe que enquanto pratica exercício deverá ser capaz de conversar com facilidade, caso contrário, é aconselhável que diminua o ritmo;

- Alertar a gestante para o perigo do sobreaquecimento, lembrando-lhe que é preferível que a AF não se prolongue por mais de 35 minutos, sobretudo quando o tempo está quente e húmido. Explicar-lhe que mudanças bruscas de temperatura podem causar lesões no feto, sobretudo no primeiro trimestre de gravidez;
- Recomendar a realização de exercícios de alongamento e aquecimento que preparam as articulações para a AF, diminuindo a tendência para entorse ou lesão articular. Neste sentido, é importante lembrar, a partir do 4º mês de gravidez a gestante não deve executar exercícios que impliquem o apoio total da região dorsal no chão;
- Aconselhar a mulher a repousar durante 10 minutos após ter praticado exercício, de preferência em decúbito lateral esquerdo, explicando-lhe que a medida que o útero aumenta de volume exerce pressão sobre um vaso de grande calibre situado do lado direito do abdómen que é responsável pela circulação de retorno. Nisto é essencial lembrar a gestante que ao levantar é aconselhável que o faça gradualmente para prevenir tonturas ou lipotemia (hipotensão ortostática)
- Sublinhar a importância da ingestão de água durante o exercício de forma a repor o balanço hidroelectrolítico afectado pela sudção e do reforço calórico repondo não só a energia consumida durante o exercício mas suprimindo as necessidades energéticas inerentes a gravidez (exige um suplemento de 300 kcal/dia)
- Aconselhar a utilização de um soutien de suporte adequado dado que o peso dos seios pode levar a alterações posturais e exercer pressão sobre o plexo braquial,
- Recomendar a utilização de sapatos confortáveis e com uma boa base de suporte pois a medida que o útero ocorre um aumento da curvatura corporal, que provoca as lombalgias,
- Advertir para a necessidade de parar o exercício de imediato e consultar um médico se sentir os sinais de alerta como dificuldade em respirar, diminuição dos movimentos fetais, hemorragia vaginal, ou mais de 4 contrações uterinas por hora.

#### **1.11.4– Avaliação Final**

De acordo com Lowdermilk e Perry (2008) tendo formulado resultados esperados com base em critérios de avaliação mensuráveis, que permitem concluir sobre o fracasso ou sucesso das intervenções com as quais pretendia alcançar o enfermeiro poderá inferir sobre o balanço da sua atuação, validando também com a gestante a concretização dos seus desejos e a garantia do seu bem-estar (Estará a gestante a gostar da atividade que tem vindo a realizar? Terá havido alguma intercorrência no decurso da sua realização?).

Os autores referem que se o balanço for positivo, o enfermeiro deverá elogiar a gestante pelas conquistas feitas e reforçar os ensinamentos que considerar necessários, nos aspectos que possam ou devem ser melhorados. Se o balanço for negativo, o enfermeiro deverá rever as intervenções implementadas para saber se era adequado, bem como os respectivos resultados esperados, certificando-se de que eram ajustados a intervenções correspondentes. Por fim em qualquer dos casos o enfermeiro deve questionar a gestante sobre a existência de mais alguma dúvida ou problema, reformulando posteriormente o plano caso tal se verifique ou caso necessite de corrigir ou redireccionar algumas das intervenções ou resultados esperados delineados anteriormente.

## **CAPITULO II – METODOLOGIA**

## **2. METODOLOGIA DO TEMA**

Neste capítulo pretende-se demonstrar a metodologia da investigação em estudo ou seja o trajeto que o estudo se tomou, e tenta determinar métodos que permitirá alcançar os objetivos pretendidos.

Na fase metodológica, o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas, escolhe um desenho apropriado com a determinação de um método, define a população e a amostra, assim como o instrumento de colheita e análise de dados (Fortin, 2009).

Como referido anteriormente a realização desse trabalho dividiu-se em duas partes ou fases. Na primeira parte/fase delineou-se o projeto do trabalho de conclusão de curso onde se abordou de uma forma superficial alguns conceitos, se escolheu o tema, e a elaboração da justificativa. Fora também feita o levantamento da problemática da investigação que se encontra explicada na fase conceptual do trabalho.

Nesta fase também foi necessária a elaboração dos objetivos (geral e específicos), e hipóteses de estudo. A escolha do tipo de estudo e da abordagem pretendida, instrumento de recolha de informações e determinação da população alvo revelou-se também necessário.

Com isso ouve a necessidade de recorrer a revisão bibliográfica do tema permitindo assim identificar alguns conceitos fundamentais, tais como, utente terminal, cuidar em enfermagem e intervenções de enfermagem; ainda definir os objetivos gerais e específicos da pesquisa

Assim iniciou-se a realização de uma breve revisão da literatura acerca do tema, dos descritores e da problemática levantada. Essa revisão inicial da literatura teve por objetivo pesquisar as informações pretendidas para se poder avaliar em que estado os conhecimentos em relação ao tema em estudo.

E neste sentido Fortin (2009) afirma que “a revisão inicial da literatura consiste em inventariar, com a ajuda de técnicas de pesquisa documental, a informação respeitante à questão preliminar que foi enunciada, tendo em vista saber o que foi escrito sobre o tema e adapta-lo ao estado atual dos conhecimentos.”



Na segunda fase da investigação houve a necessidade de se concluir a fundamentação teórica iniciada no projeto de trabalho e assim realizar a elaboração do trabalho final em si. A revisão foi feita baseada em livros dispostos na biblioteca da Universidade do Mindelo e do HBS, pesquisas em artigos, revistas e livros dispostos em bases de dados da internet (SCIELO entre outros).

## **2.1. Tipo de Estudo**

A investigação científica possibilita aos investigadores obter respostas a certas questões e definições acerca de um dado problema ou problemática levando assim a melhoria ou mesmo resolução do mesmo. Assim, Fortin (2009) refere que a investigação científica é um método de aquisição de conhecimentos que permite encontrar respostas para questões precisas. Ela consiste em descrever, explicar, prever e verificar factos, acontecimentos ou fenómenos.

Para dar resposta aos objetivos propostos, optou-se por um estudo de abordagem qualitativa, descritivo, como recurso a entrevista baseada em um guião de entrevista com questões estruturadas.

Baseando no tipo de estudo que se pretende realizar e nos objetivos que se pretende alcançar acredita-se que se trata do desenho que mais se adequa a essa investigação, uma vez que o objetivo do mesmo não é quantificar mas sim qualificar ou seja analisar perceções individuais dos participantes sobre o fenómeno em estudo. O presente estudo trata-se de um estudo descritivo, na medida em que se pretende analisar, identificar, e descrever os benefícios da prática de exercícios físicos durante a gravidez.

Na mesma ordem de ideia Fortin (2009), defende que, “ a investigação qualitativa explora fenómenos e visa a sua compreensão alargada, com vista á elaboração de teorias”.

Este estudo é de carater exploratória uma vez que o tema é um tema pouco explorado em trabalhos com fins académicos realizados em Cabo Verde.

Com o trabalho tentou-se conhecer a percepção das gestantes do CSR BV acerca do tema em estudo, as suas contribuições para melhoria da problemática e as suas experiencias vivenciada. Trata-se assim de uma abordagem fenomenológica, tendo em conta que a análise é

feita de com dados subjetivos, ou seja, são dados sobre os conhecimentos que os entrevistados possuem, sem no entanto provar se são dados sobre conhecimentos empíricos ou científicos.

Como demonstra Fortin (2009), “ a fenomenologia é uma abordagem indutiva que tem por objetivo o estudo de determinadas experiências, tais como são vividas e descritas pelas pessoas”.

## **2.2. Instrumento de Recolha de Dados**

É indispensável escolher um instrumento de recolha de dados para um trabalho de investigação, qualquer que seja ela. Para a investigação, tendo em conta o desenho metodológico escolhido, optou-se como instrumento de recolha de dados a entrevista estruturada, por se demonstrar ser a mais pertinente para atingir os objetivos delineados. Fortin (2009) define a entrevista como sendo: “o principal método de colheita de dados nas investigações qualitativas. Este é um método particular de comunicação verbal entre duas pessoas, um entrevistador que recolhe dados e um respondente que fornece a informação. A entrevista é utilizada sobretudo nos estudos exploratórios, mas é igualmente útil noutros tipos de investigação”.

Sendo a entrevista um instrumento de recolha de dados, constitui um elemento ou ferramenta importante no processo de investigação e nesta perspetiva Fortin (1999), explicita que “ a entrevista é um método de comunicação verbal que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objetivo de colher dados relativos as questões de investigação formulada”.

As informações foram recolhidas pela própria investigadora, no período quinze (15) a vinte e nove (29) do mês de Junho através da utilização de um guião de entrevista (Apêndice D). Antes da aplicação das entrevistas foi realizada um pré-teste do guião, que foi corrigido pelo orientador, e depois foi aplicado a seis (6) gestantes que participam das sessões de fisioterapia no CSR BV. Para melhor interação com as participantes as entrevistas foram feitas na sua língua materna, o “crioulo” e foram devidamente transcritas em português para o trabalho sempre respeitando as respostas dadas pelas mesmas.

### **2.3. Caraterização do meio de pesquisa**

O campo empírico apresentado corresponde o local onde foi realizado o estudo. A opção foi o Centro de Saúde Reprodutiva da Bela Vista (CSRBV), fica situado na zona de Bela Vista, na ilha de São Vicente em Cabo Verde. É um Centro de referência com maior afluência de grávidas e de outros utentes que procuram um serviço diferenciado e nessa óptica esse foi o motivo da escolha.

De acordo com o resumo do folheto informativo dos 35 anos do CSRBV, em 1975 foi feito um trabalho de sensibilização da população na Zona de Bela Vista e arredores (ilha de S. Vicente) para a promoção e protecção da saúde da mãe e da criança e planeamento familiar com o apoio dos serviços dos assuntos sociais, Comissão para a Organização das Mulheres de Cabo Verde (COMCV) e de dois médicos de serviços de saúde.

Com a visita de técnicos da Radda Barnen, da Suécia, as instalações do CSRBV, seguida da visita a Suécia, de técnicos nacionais ligados ao projecto, viria a surgir em 1977 o Projecto de Protecção Materno-Infantil e Planeamento Familiar (1977-1990), financiado pela organização não-governamental Sueca e que rapidamente se estendeu a todos os concelhos do país, garantindo a protecção das mulheres e das crianças, incluindo ao acesso ao planeamento familiar.

Na sequência da realização da conferência internacional para o desenvolvimento, no Cairo em 1994, Cabo Verde adoptou a saúde reprodutiva como um dos programas de saúde de maior sucesso, garantindo o direito universal á saúde reprodutiva, que contribui para a melhoria da performance do país em matéria de indicadores de saúde, sobretudo nos que se refere a redução das taxas de mortalidade infantil. Em 2000 houve uma assunção, por parte do Governo do projecto PMI/PF com a sua integração nos serviços de saúde.

Em 2001 aconteceu a transição do Programa de Protecção Materno-Infantil e Planeamento Familiar (PMI/PF), para o Programa Nacional De Saúde Reprodutiva (PNSR).

O PNSR é um programa da Direcção Geral da Saúde, do Ministério da Saúde de Cabo Verde, que visa promover o bem-estar geral, físico, mental e social da pessoa para tudo o que

diz respeito ao aparelho genital, suas funções, seu funcionamento e não somente ausência de doença onde de uma forma geral o CSRBV tem tido uma enorme importância.

Segundo o Ministério de Saúde (2001, S/p), os componentes do PNSR e os serviços prestados no CSRBV são:

- Maternidade sem risco - aconselhamento e consulta pré-concepção, vigilância pré-natal, promoção do aleitamento materno exclusivo;
- Promoção e vigilância do crescimento infantil, prevenção por vacinação e Atenção Integrada às Doenças de Infância (AIDI);
- Planejamento Familiar que abrange mulheres e homens na fase reprodutiva da vida: 15 a 49 anos de idade e 15 a 59 anos respectivamente;
- Contracepção e prevenção da gravidez precoces e das indesejadas;
- Prevenção e tratamento da Infertilidade;
- Prevenção, atendimento e seguimento dos abortos e suas complicações;
- Prevenção e luta contra Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e VIH/SIDA;
- Prevenção e tratamento dos Cancros da mama, do colo uterino e da próstata;
- Prevenção e tratamento da disfunção sexual, das complicações da menopausa e andropausa;
- Prevenção e medidas contra a violência física e sexual;
- Educação para Mudança de Comportamento (EMC) - visando a adopção de estilos de vida saudáveis, a sexualidade humana (incluindo o aparelho genital e as alterações fisiológicas que ocorrem ao longo da vida), a maternidade e a paternidade responsáveis, as questões de género e promoção da auto afirmação da Mulher o envolvimento e a responsabilização dos Homens em SR.

### **Organização funcional do centro**

O CSRBV trata-se de uma Instituição que presta serviços de saúde à atenção básica como Pré-natal, Pós-Parto, Planejamento Familiar, Consultas Médicas, de Enfermagem, consultas de Nutrição, consultas de Psicologia, consultas de Fonoaudiologia, consultas de Saúde Infantil, Atendimentos de Reabilitação Infantil.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde de Cabo Verde (2001: S/p) “ (...) um Centro de Saúde é uma unidade Básica do Serviço de Saúde que constitui como primeira responsável pela Promoção e melhoria dos níveis de saúde da população onde está inserida. Tem como missão: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento e Reabilitação”.

O Centro encontra-se estruturado da seguinte forma:

- A Secção Maternal integrando o laboratório,
- A Secção Jovem; A Secção Infantil; O Serviço de Nutrição;
- A Secção de Reabilitação Infantil integrando os serviços de Psicologia, de Fonoaudiologia e de Fisioterapia; Secretaria; Gabinete da Directora do Centro; Copa;
- Lavandaria;
- Um Depósito contendo arcas para armazenamento das vacinas;
- Uma casa de banho para utentes; Um pequeno depósito para *stock* de materiais logísticos, definido por Fernandes, (1981, p.1), como «uma certa quantidade de itens mantidos em disponibilidade constante e renovados permanentemente, para produzirem lucros ou serviços (...)».

**Secção Maternal:** Comportando três gabinetes médicos, três gabinetes de enfermagem, uma sala de apoio para pequenos procedimentos invasivos, um laboratório para a realização de testes de gravidez, uma sala ginecológica, uma sala de recepção, duas casas de banho, devidamente equipadas, sendo uma para utentes e outra para os trabalhadores e um quarto pequeno para *stock* de materiais.

**Actividades desenvolvidas:** Consultas Médicas e ginecológicas; Consultas de Enfermagem; Planeamento Familiar; Educação para a Saúde; Inserção de DIU’S, inserção de Jadell/Implant, atendimento pré-natal, consultas pós-parto e deslocações às Comunidades às Quartas-feiras (Salamansa, Calhau, São Pedro),

**Secção Jovem** - Comporta uma sala de espera e para palestras, uma sala para enfermeira, uma sala para auxiliar de enfermagem, uma arrecadação para *stock*, uma casa de banho.

**Actividades desenvolvidas:** com atenção particular sobre IST/HIV/SIDA, aconselhamento em pré concepção e gravidez, contracepção e prevenção da gravidez precoce e não desejadas, educação para a saúde e a sexualidade, atendimento médico de ginecologia, pré natal e planeamento familiar. Deslocações às comunidades às Quartas-feiras.

**Secção Infantil** – É composta por: uma sala para vacinação; uma sala para pesagem, medição, avaliação das crianças; um gabinete médico; uma sala de espera; uma sala para auxiliar de Enfermagem.

**Actividades desenvolvidas:** controle do crescimento e desenvolvimento da criança, PAV (imunização), avaliação e o despiste precoce das malformações congénitas, Educação para a Saúde, deslocações às Comunidades às Quarta-feira (Salamansa, Calhau, São Pedro), jardins e hospital (HBS para vacinar os recém-nascidos diariamente), Consulta de Nutrição, incluindo o Aleitamento Materno Exclusivo até os 6 meses de vida.

**Secção de Reabilitação Infantil** - É composta por: uma sala grande preparada para Fisioterapia; dois gabinetes de Psicologia; um gabinete de Fonoaudiologia e uma casa de banho para os profissionais.

**Actividades desenvolvidas:** unidade de referência para atendimentos de crianças e adolescentes portadores de deficiências. Crianças com dificuldades de aprendizagem, alteração de conduta, atraso de linguagem, atraso do desenvolvimento psicomotor, Paralisia Cerebral, Síndromes e outras deficiências.

**Secretaria** – É composta por: um gabinete para a chefe de secretaria; um gabinete para a Directora do Centro; uma sala pequena onde fica instalada a máquina fotocopadora; uma casa de banho.

**Recursos Humanos:** O staff do CSRBV é constituído por dois Médicos, sete Enfermeiras, dois Psicólogos, um Nutricionista, um Fonoaudióloga, três Auxiliares de Enfermagem, cinco Agentes de serviços gerais, um Administrativo, um Recepcionista, dois Guardas que trabalham por turnos.

A título de informação, duas vezes por mês o Centro conta com o apoio de um Ginecologista/Obstetra do HBS para a realização de Ecografias.

### **Descrição dos recursos humanos**

Os recursos humanos do CSRBV estão divididos em:

- A Doutora encarregada do Centro (Dr.<sup>a</sup> Emely),
- A enfermeira responsável/ chefe: Enf.<sup>a</sup> Arciolinda Leite,
- 2 Enfermeiras da secção materna: Enf.<sup>a</sup> Aniette e Enf.<sup>a</sup> Fátima, 1 auxiliar de enfermagem: D. Longina
- 2 Doutoradas: Dr.<sup>a</sup> Nilce, a Dr.<sup>a</sup> Adelaide das consultas de ginecologias
- 2 Psicólogas Dr.<sup>a</sup> Nadilia e a Dr.<sup>a</sup> Anabela
- 1 Enfermeira da secção jovem: Enf.<sup>a</sup> Helena e 1 auxiliar de enfermagem: D. Filomena,
- 3 Enfermeiras de secção infantil: as duas Enfermeiras Lucialina a Enf.<sup>a</sup> Romana Flores e 1 auxiliar de enfermagem: D. Fátima.
- 1 Nutricionista: Dr.<sup>a</sup> Denise e 1 Fonoaudióloga: Dr.<sup>a</sup> Ema.
- As Empregadas de limpeza: D. Júlia, D. Maria Clara, D. Joana, e também há o Sr. António.

### **2.4. População Alvo**

População e amostra requerem do investigador explicitar a população em que se pretende estudar e a amostra dentro dela requisitada.

Fortin (2009), defende que a “ população alvo refere-se á população que o investigador quer estudar o propósito da qual deseja fazer generalização ou seja é um grupo de pessoas que tem características comuns ou permite delinear com precisão o tema de estudo e assim obter dados juntos da pessoa ou grupo homogéneo”.

Para esta investigação determinou-se como população alvo as gestantes que frequentam o CSRBV. Mas mediante os critérios de inclusão e exclusão posteriormente explicitados a amostra que representará a população e estudo será constituída por seis (6) gestantes que assistem as sessões de fisioterapia que se enquadram nos critérios impostos.

## 2.5 - Amostragem

A amostra determinada é representativa da população, por possuir características semelhantes às da população alvo, tendo sido levado em conta a idade, a escolaridade e a idade gestacional e é uma amostra feita por conveniência baseadas nos critérios de inclusão e exclusão.

Os critérios de inclusão são delineadas com o objetivo de determinar as características que se deseja encontrar. Como critérios de inclusão foram considerados os seguintes:

- Gestantes que frequentam as sessões de fisioterapia no CSRBV;
- Ter idade compreendida entre os 20 a 35 anos;
- Com idade gestacional  $\geq 27$  semanas;
- Os que aceitem de livre e espontânea vontade participar do estudo.

Optou-se por este perfil do entrevistado para se poder ter uma visão mais profundo do que se quer com o trabalho, e obter a melhor satisfação dos resultados.

### Quadro 4: Dados sobre a amostra

Gestante	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Idade Gestacional
<b>A</b>	31 Anos	União de Fato	Licenciada	35 Semanas
<b>B</b>	27 Anos	União de Fato	Ensino Básico	29 Semanas
<b>C</b>	29 Anos	Casada	Licenciada	29 Semanas
<b>D</b>	25 Anos	Solteira	E. Secundaria	33 Semanas
<b>E</b>	20 Anos	União de Fato	E. Secundaria	32 Semanas
<b>F</b>	21 Anos	União de Fato	E. Secundaria	31 Semanas

Fonte: Elaboração Própria



## **2.6 - Aspectos éticos e legais**

Essa fase leva em conta as atitudes corretas que são levadas em conta ao longo da investigação, para proteger ou salvaguardar o respeito aos direitos de todos os intervenientes do estudo.

É de muita relevância e importância que se tenha em conta os direitos dos que englobam no estudo ou na investigação científica para uma melhor compreensão e colaboração de ambas as partes interessadas. Segundo Fortin (2009), “quaisquer que sejam os aspectos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos da pessoa.”

Foram seguidas todas as regras necessárias, sendo que a investigação no campo clínico só se iniciou com autorização do Delegado de Saúde e da responsável pelo referido CRS. Essa autorização foi concebida mediante a entrega de um requerimento elaborado pela pesquisadora (Anexo I), carimbado e assinado pela coordenação do curso da universidade.

Para que a colheita de dados fosse possível, e para garantir os direitos de desistir a qualquer momento do estudo e o anonimato das participantes, foi-lhes disponibilizados um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice III) com o objetivo de convidá-las a participar da pesquisa, esclarecendo-lhes que a sua participação era totalmente voluntária, e que seriam respeitadas a fidelidade das palavras utilizadas pelas participantes, e que eram livre de desistir do mesmo a qualquer momento sem qualquer constrangimento ou consequência a sua pessoa.

No guião da entrevista (Apêndice IV) elaborado, não se deixou espaço para se escrever o nome ou outra qualquer identificação que pudessem levar aos intervenientes, foi um instrumento apenas para o uso do entrevistador, e durante a aplicação do mesmo se usou letras ao invés de nomes.

Importante ainda referir que no consentimento havia uma nota introdutória onde se explicava os objetivos da sua aplicação e da investigação com o intuito de esclarecer os participantes e fazer com que a sua participação fosse consciente, voluntária e esclarecida.

## **CAPITULO III – FASE EMPIRICA**

### **3. ANALISE DOS RESULTADOS**

Este capítulo dedicar-se-á ao tratamento e análise dos resultados obtidos e posteriormente a apresentação e discussão dos resultados do mesmo.

Com a conclusão da recolha de informações sobre o tema em estudo torna-se crucial a sua organização e tratamento por forma a converte-las em dados. Neste sentido, e de realçar que as entrevistas foram feitas de forma individual e sigilosa, com o intuito de salvaguardar a confidencialidade dos dados recolhidos, logo, foi atribuído às gestantes letras ao invés de nomes, sendo identificados como gestantes A, B, C, D, E, F. (Descrição da amostra no quadro 5).

Realça-se que foram entrevistadas seis (6) gestantes que frequentam as sessões de fisioterapia no CSRBV, entre elas se identificaram duas (2) primíparas (A e C) e quatro (4) múltiparas. As participantes estão na faixa etária de vinte (20) à trinta e cinco (35) anos, e todas encontram-se numa idade gestacional  $\geq 27$  semanas de gestação.

De entre as seis (6) gestantes entrevistadas identificou-se duas (2) que se enquadram na classificação de grávidas Atletas (A e D) enquanto as restantes eram grávidas sedentárias pois iniciaram os exercícios após o diagnóstico da gravidez.

#### **3.1 Apresentação dos dados da entrevista**

Para a melhor interpretação e compreensão das informações colhidas nas entrevistas optou-se por utilizar o método de análise de conteúdo de Bardin (2009) que define a mesma como sendo um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, ou seja, a autora defende que a análise de conteúdo se faz pela prática.

Bardin estipula que para que a análise de conteúdo seja eficaz, ela deve ser acentuada em 3 pólos importantes: A pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação. Visto que a pré-análise neste trabalho foi realizada através da

revisão de literatura no enquadramento teórico, passa-se automaticamente a exploração do material que foi realizada através de entrevistas extruturadas as participantes do estudo.

Com isso achou-se necessário agrupa-las em categorias e subcategorias, sendo que, cada uma dessas categorias será exibida ou demonstrada por um pequeno texto narrativo e com pequenos extratos das entrevistas com o objetivo de validar a interpretação dos mesmos. Com isso estas foram divididas ou agrupadas em quatro (4) categorias e subcategorias, sendo elas:

**Quadro 5: Categorias e Subcategorias da entrevista**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
<b>I – Identificação dos desconfortos na gravidez</b>	
<b>II – Percepção da importância das sessões de fisioterapia para sua gravidez</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dificuldades sentidas antes de iniciar os exercícios e Melhorias sentidas a cada sessão;</li> <li>✓ Importância da aderência as sessões</li> </ul>
<b>III – Percepção da importância do apoio e participação paterna nos exercícios em casa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Caracterização do vínculo entre o pai, a gestante e o bebê;</li> <li>✓ Percepção da curiosidade em assistir as sessões</li> </ul>
<b>IV – Identificação do papel de enfermagem no incentivo a prática dos exercícios na gravidez.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aconselhamento por parte do enfermeiro a iniciar as sessões;</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria.

### **Categoria 1 – Identificação dos desconfortos da gravidez**

O objetivo dessa categoria é identificar os desconfortos mais comuns sentidas pelas gestantes que frequentam as sessões de fisioterapia no CSRBV e que as levaram a iniciar com os exercícios de preparação para o parto.

No que toca a este item, todas apresentaram as mesmas queixas, onde que afirmaram sobre de lombalgias, azia, dificuldade em andar, edema dos membros inferiores e dificuldade na respiração, como pode-se observar nas transcrições seguinte:

**Gestante E** – *“... Sofro muito de dores no “pé da barriga”, tenho muita dificuldade em andar e sinto muitas dores nas costas.”*

**Gestante C** – *“... Sinto-me muitas dores nas costas. Tenho muita dificuldade em respirar...”*

Com isso, observa-se que todas as gestantes reconheceram os desconfortos próprios da gravidez o que torna o estudo mas pertinente visto que se as utentes conseguem identificar estes desconfortos podem assim auxiliar os profissionais de saúde em estabelecer as melhores estratégias para resolução dos mesmos, atribuindo também uma voz de opinião a gestante sobre a sua saúde e de seu bebé. Os desconfortos apontados também correspondem aos apontados por autores como Silva et al. (2007) e Lima e Oliveira (2005).

### **Categoria 2 – Percepção da importância das sessões de fisioterapia para sua gravidez**

A importância desta categoria é explorar a percepção das gestantes que frequentam as sessões de fisioterapia sobre a importância das sessões durante a sua gravidez e também como preparação para o parto.

Em relação ao conceito da categoria, todas as gestantes souberam identificar os benefícios das sessões de fisioterapia durante a grávida que lhe foram transmitidos não só pelo pessoal de enfermagem como também pela própria fisioterapeuta. São estas duas as transcrições mais comuns:

**Gestante A** – “ *Após a 1ª sessão, entendi a importância dos exercícios para o parto com as explicações da fisioterapeuta... Estou mais preparada e ansiosa para o parto* ”

**Gestante E** – “ *A doutora nos explicou que alivia a dor no parto, que vamos passar menos horas e ajuda na dilatação...* ”

Perante todas as respostas obtidas subdividiu-se esta categoria em duas subcategorias para melhor compreensão e análise da mesma. Essas subcategorias surgem com a intenção de perceber as dificuldades sentidas pelas gestantes antes de iniciar as sessões e as melhorias observadas pelas mesmas no decorrer das sessões.

Quanto as dificuldades antes de iniciar as sessões de fisioterapia o presente quadro demonstra as três (3) respostas mais comuns.

#### **Quadro 6 – Dificuldades antes de iniciar as sessões da fisioterapia**

<b>Gestante B</b>	<i>“... Sofria muito de náuseas e dores nas costas...”</i>
<b>Gestante D</b>	<i>“... Sentia inchada, desmotivada e tinha saudades do meu tempo de ginásio”</i>
<b>Gestante E</b>	<i>“ Não me sentia estável... Tinha muitos problemas em andar”</i>

Fonte: Elaboração própria

Analisando o quadro, conclui-se que as dificuldades apresentadas eram sempre as mesmas referenciando o autor Silva et al. (2007) que defende que o aumento do volume da barriga nas gestantes pode provocar certos desconfortos nomeadamente sensação de inchaço, dificuldades na locomoção, lombalgias e edema nos membros inferiores.

Tendo em conta as melhorias sentidas no decorrer das sessões para melhor compreensão e acompanhamento da evolução dos efeitos sentidos pelas gestantes foi realizada a análise de 3 sessões de fisioterapia e os resultados organizados no seguinte quadro:

#### **Quadro 7 – Melhorias sentidas no decorrer das sessões**

<b>Gestantes</b>	<b>Após a 1ª Sessão</b>	<b>Após a 2ª Sessão</b>	<b>Após a 3ª Sessão</b>
	<i>“... Sinto-me mais motivada e esperançosa</i>	<i>“...Cada vez mais sinto-me bem, estável... Vale a</i>	<b>Não compareceu pois</b>

<b>Gestante A</b>	<i>para o parto..."</i>	<i>pena mesmo"</i>	<b>estava de baixa médica</b>
<b>Gestante B</b>	<i>"... Sinto-me mais motivada e quero aprender mais sobre os exercícios..."</i>	<i>"... Venho sentindo mais ágil... Sinto-me melhor..."</i>	<i>"... Hoje senti mais relaxada. Cada dia estou adaptando-me melhor."</i>
<b>Gestante C</b>	<i>" Tive uma pequena melhora... Consigo respirar melhor... Quero continuar os exercícios."</i>	<i>" Sinto-me muito melhor... Já não sinto dores e faço todos os exercícios de respiração... Consigo respirar melhor"</i>	<i>"... A respiração melhorou e estou mais tranquila..."</i>
<b>Gestante D</b>	<i>" Agora sinto-me mais ágil nas tarefas, mais motivada e bem..."</i>	<i>"Sinto-me muito melhor... Melhorou minha auto-estima... Gostaria que fosse 2 vezes por semana..."</i>	<i>" Faço os exercicios em casa mas não é a mesma coisa... Aqui sentimos mais motivadas..."</i>
<b>Gestante E</b>	<i>"... Sinto-me aliviada, sem dores e consigo andar melhor..."</i>	<i>"... Sinto mais leve, meus pés estão mais desinchados e já não sinto dores..."</i>	<i>" Venho me sentindo mais estável desde a primeira sessão... Estou muito melhor</i>
<b>Gestante F</b>	<i>" Estou sentindo muito bem... a dor passou e estou mais flexível..."</i>	<i>" Vale mesmo a pena toda vez que eu venho... Gosto muito dos exercícios e de conviver também com o grupo...sinto-me bem."</i>	<i>" Já virou a minha rotina. Já não consigo ficar sem vir. Gosto muito do ambiente e dos exercicios..."</i>

Fonte: Elaboração própria

Como pode-se constatar todas as gestantes melhoravam seus desconfortos após as sessões e juntamente com os exercícios prescritos pela fisioterapeuta para fazerem em casa, os efeitos aliviantes tinham uma duração maior, e contribuíram para que estas melhorassem também o vínculo com seu bebê assim com descreve a Gestante D:

**Gestante D** – “... *Consigo fazer melhor as tarefas e já não sinto preocupada com o parto... Estou ansiosa para ver meu bebê... Desde que comecei os exercícios minha auto-estima melhor e estou apaixonada pela minha barriga.*”

Em suma, comprovou-se os benefícios descritos por Silva et al (2007) e Lima e Oliveira (2005) em relação ao aumento da auto-estima e motivação na gestante assim como alívio dos desconfortos próprios deste período gestacional.

### **Categoria 3 – Percepção da importância do apoio e participação paterna nos exercícios em casa**

Esta categoria foi delineada com o objetivo de conhecer a importância do apoio e presença paterna na realização dos exercícios em casa. Assim como a categoria anterior, para melhor compreensão subdividiu-se esta categoria em 2 subcategorias referentes a Caracterização do vínculo entre o pai, a gestante e o bebê e a Motivação ou curiosidade em assistir as sessões de fisioterapia. Relativamente a caracterização do vínculo entre pai, gestante e bebê, com exceção a Gestante, todas as outras gestantes quando questionadas confirmaram a total vinculação e interesse do pai pela gestante e pelo bebê com pode-se comprovar pelas seguintes transcrições:

**Gestante A** – “... *Ele é muito ligado a nós porque esta gravidez foi muito desejada... Ele queria muito ser pai...*”

**Gestante C** – “ *Sim. Ele se preocupa muito comigo... Controla tudo o que eu como e sempre me manda descansar...*”

**Gestante E** – “ *Damos muitos passeios juntos... Ele me incentiva a fazer caminhadas... Diz que estou muito preguiçosa e isso vai me fazer bem*”

Isto apenas realça o papel fundamental da presença paternal durante toda a gravidez servindo de base de conforto, amor e suporte tanto para a gestante como também para o bebê que está á caminho. Muitas literaturas apoiam a necessidade de fortificar o conceito de paternidade e a sua participação crucial em todas as fases da gravidez visto que não é só a mulher que se encontra grávida, mas sim o casal.



Quando a subcategoria sobre a Motivação e curiosidade em assistir as sessões de fisioterapia, das respostas recolhidas que mais prevalecem são:

**Gestante B** – “ *Ele não pode assistir porque tem trabalho mas me incentiva a vir e sempre liga quando saiu das sessões pra saber como correu...* ”

**Gestante F** – “ *Tem curiosidade em saber como esta correndo e sempre liga depois da sessão...* ”

Durante a recolha das informações junto as gestantes verificou-se que os pais demonstravam interesse nas sessões e alguns que acompanhavam as gestantes tinham curiosidade em assistir porém, não se ofereciam a ficar e demonstravam uma certa resistência por vergonha. Segundo as participantes, os parceiros ajudam-nas nas tarefas domésticas que requerem mais esforço ou que envolvam carregar algum peso. Isso reforça as ideias da importância do apoio paterno na gravidez.

Conclui-se que o papel do pai é muito importante durante toda a gestação e deve-se promover mais o valor da paternidade, visto que, o casal é que concebeu aquela nova vida então devem disfrutar desta fase em conjunto e o pai possa vivenciar e assumir a figura protetora e de apoio junto a gestante e o bebé que esta a caminho.

#### **Categoria 4 – Identificação do papel de enfermagem no incentivo a pratica dos exercícios na gravidez**

Nesta categoria será explorada a percepção das gestantes no que tange ao papel do pessoal de enfermagem no incentivo da prática de exercícios na gravidez. A maioria das entrevistadas com excepção das gestantes D e E iniciaram as sessões de fisioterapia por incentivo do pessoal de enfermagem nas consultas de pré-natal, demonstrando claramente o papel fundamental da equipe de enfermagem na promoção deste prática como preparação para um parto normal.

**Gestante F** – “ *... Soube destas sessões nas consultas de preparação para o parto e não me arrependo de ter iniciado...* ”

Já as gestantes D e E foram encaminhadas das suas consultas médicas. O enfermeiro exerce um papel importante na promoção de práticas saudáveis de preparação para o parto com o intuito de melhorar a vivência da gravidez de sua utente e aperfeiçoar os cuidados no âmbito de saúde materna. Por isso é fundamental que o mesmo esteja atualizado e munido de ferramentas necessárias para poder esclarecer as possíveis dúvidas da utente e junto com ela traçar um melhor plano de exercícios que a possam ajudar com os desconfortos e a disfrutar de uma gravidez tranquila.

Quando questionadas sobre importância do enfermeiro na prática de exercícios durante a gravidez com excepção da Gestante A, todas referiram desconhecer o papel do enfermeiro nesta área, sublinhando que nunca receberam estas orientações por parte do pessoal de enfermagem:

**Gestante B:** *“... Nunca a enfermeira me disse nada sobre isso... Ela só manda que faça caminhadas mas não fala sobre os exercícios.”*

**Gestante E:** *“... Sempre me perguntam sobre a minha alimentação mas nunca me falaram sobre exercícios.”*

Portanto acha-se emergente capacitar o pessoal de enfermagem na área de saúde materna com estes conhecimentos com o intuito de prestar melhores cuidados as gestantes e proporcionar-lhes uma nova perspectiva sobre a sua maternidade. Estes conhecimentos também fazem parte das abtiddões da enfermagem porém as vezes não são transmitidas as gestantes não por não se achar pertinente mas devido a sobrecarga sofrida por estes. Mas mantém-se a mesma linha que pode e deve ser obrigação do enfermeiro participar e auxiliar a gestante na prática dos exercícios como preparação para um parto natural.

### **3.2 Conclusão dos Resultados**

Terminando a análise das informações colhidas pelas entrevistas realizadas as gestantes que constituem o grupo das sessões de fisioterapia no CSRBV, pode-se afirmar que os objectivos da referida pesquisa foram devidamente atingidos. Partindo dos conceitos apresentados no enquadramento teórico, nomeadamente a definição das mudanças ocorridas durante a gravidez, seus respectivos desconfortos, assim como o conceito de AF e os

benefícios que a mesma pode trazer a gestante, destaca-se a importância da promoção da referida temática como um melhor meio para desfrutar-se de uma gravidez saudável e parto humanizado.

Pode-se referir também, que perante as respostas obtidas, todas as gestantes demonstraram estar informadas dos efeitos benéficos que as sessões lhes proporcionaram, não só com o alívio das suas queixas como também com a melhoria na sua condição física e estado emocional.

A iniciativa pioneira do Hospital “João Morais” de introduzir as sessões de fisioterapia no arsenal dos cuidados de preparação para o parto, demonstra claramente o papel fundamental do pessoal de enfermagem na divulgação e incentivo desta prática para vivência de uma gravidez tranquila e parto humanizado. Portanto torna-se necessária a capacitação da equipa de enfermagem para não só incentivar a prática de exercícios durante a gravidez mas também auxiliar a grávida na traçar um plano de AF que corresponda as suas necessidades e limitações.

Analisando o primeiro objetivo específico do referido estudo: Identificar os benefícios dos exercícios sobre os desconfortos músculo-esqueléticos durante a gestação segundo a percepção das gestantes inscritas nas sessões de fisioterapia no CSRBV, reconhece-se que com as entrevistas aplicadas todas as gestantes apontaram os efeitos benéficos dos mesmos sobre suas queixas e as contribuições que estes tem dado a sua gravidez no dia-a-dia.

Relativamente ao segundo objetivo específico: Descrever a percepção das grávidas inscritas nas sessões de fisioterapia no CSRBV sobre o apoio paterno ou familiar durante a realização dos exercícios, contrariando o senso comum e surpreendendo as expectativas, a presença, apoio e participação paterna mostrou-se intensa e precisada de mais divulgação para não deixar que se perca, ou torne-se em mais um fenómeno passageiro pois a gravidez não é apenas vivenciada pela gestante mas sim pelo casal.

Concluindo com o terceiro e último objectivo específico: Verificar a opinião das gestantes inscritas nas sessões de fisioterapia no CSRBV sobre a importância do enfermeiro no ensino da prática de exercícios durante a gestação, observou-se a necessidade de capacitação dos enfermeiros no que tange ao ensino dos exercícios, por se tratarem da unidade

mais próxima as gestantes e tendo em conta também que incentivam a prática de exercícios na gravidez, então acha-se pertinente o acréscimo destas aptidões as competências da enfermagem no âmbito de saúde materna com o intuito não só de melhorar os cuidados como também proporcionar as gestantes novas opções de vivência da sua gravidez.

Em suma, pode-se dizer que os objetivos foram alcançados e que serviram para esclarecer e aprofundar os conhecimentos relativamente a temática em si, complementadas as observações feitas no ensino clínico e reconhecendo-se que realmente é de extrema importância o maior engajamento e divulgação da prática de AF na gravidez por representar um elemento fundamental para a vivência de uma gravidez saudável.

Realça-se ainda que, a devida capacitação da equipa de enfermagem nesta área, é um ponto-chave para aperfeiçoar a qualidade dos cuidados em saúde materna e gratificar a visão holística da gestante melhorando assim também os níveis de saúde neste campo.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Chega-se ao fim deste trabalho com a sensação de dever cumprido. A realização do TCC revelou-se em todo seu tempo, momentos de intensa aprendizagem e motivação, não só por aumentar os meus conhecimentos sobre a temática em estudo como também por testemunhar o espetacular processo evolutivo do grupo de gestantes que tive a honra de acompanhar sobre suas queixas e inseguranças. Fazer parte deste momento importante das suas vidas tornou-se uma experiência inesquecível que também serviu para ampliar a visão acerca do cuidar em saúde materna e melhorar a percepção dos reais contributos que podem ser oferecidos pela enfermagem a causa.

Durante a investigação observou-se que cada vez mais o exercício físico faz parte da rotina de muitas mulheres, no entanto, durante a gravidez muitas dúvidas surgem e por vezes, devido à falta de informação ou conhecimento muitas interrompem a sua AF durante este período por pensarem apresentar perigo a sua gravidez. O ACOG recomenda que mulheres com gravidezes de baixo risco participem atividades de intensidade moderada durante a gravidez, no entanto, apenas 15,1% o fazem. Daí se conclui a importância de esclarecer tanto as futuras mães durante a gravidez dos benefícios da prática de exercícios físicos.

Neste sentido para dar resposta as muitas dúvidas e inseguranças por parte das gestantes sobre os efeitos da prática de exercícios durante a gravidez, é necessário que a equipa de enfermagem não só incentive e divulgue esta prática durante a gravidez como também esteja devidamente capacitada e exerça a autonomia necessária para esclarecer as mesmas. O enfermeiro pode auxiliar a gestante na organização de um plano de exercícios próprios para suas necessidades e limitações visto que ele está mais próximo da utente tendo uma visão mais holística e humana da mesma.

De acordo com a satisfação obtida com as entrevistas posso assim dizer que o resultado do estudo foi positivo na medida que foram alcançados os objetivos proposto ao estudo, permitiu ampliar conhecimentos acerca da temática e da realidade do centro de saúde. É difícil a realização de uma investigação sem deparar com obstáculos ou dificuldades, e posso destacar que na realização deste trabalho as principais dificuldades foram a disposição de dados estatísticos referentes ao tema uma vez o Hospital “João Moraes” possui os dados

mas não totalmente organizados o que dificultou um pouco a descrição da situação neste campo, e também uma falha na comunicação multidisciplinar com a fisioterapeuta do CSRBV, que impediu uma melhoria na qualidade da recolha das entrevistas.

### **Recomendações**

Durante o ensino clínico, observou-se que a participação das gestantes nas sessões de fisioterapia vem sendo assídua e prevê-se o aumento da demanda, porém o horário representava sempre fator de discussão entre as gestantes e a fisioterapeuta, na medida em que as gestantes manifestaram o desejo de que houvesse mais sessões durante a semana e em um horário mas apropriado, já que algumas percorrem longas distâncias sob o calor para assistir as sessões. Então recomenda-se que em vez das sessões serem semanalmente dever-se-ia aumentar a frequência para 2 ou 3 vezes na semana e em um horário mas apropriada normalmente ao fim da tarde ou então de manhã, desde que não interfira com as demais tarefas de enfermagem e outras consultas.

Assim também, para evitar a sobrecarga das funções da fisioterapeuta recomenda-se a capacitação dos enfermeiros com competências que lhes permitam auxiliar no ensino dos exercícios as gestantes através de uma equipa multidisciplinar não só com o intuito de melhorar os cuidados como também de aproveitar os recursos humanos do centro dando resposta a demanda refletindo no aumento da eficácia e eficiência nos cuidados.

Outra recomendação importante seria de estender o conhecimento do serviço a outros centros por forma a atingir uma população mais alargada e promover a prática de exercícios durante a gravidez não somente como forma de obter um parto menos doloroso mas também como forma de desfrutar de uma gravidez mais saudável.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alves, Tânia Silene Gomes (2012). Efeitos da Fisioterapia na Qualidade de Vida da mulher durante o Período Gestacional: Revisão Sistemática. (Monográfica apresentada à Universidade Jean Piaget de Cabo Verde no Curso de Fisioterapia).
2. Almeida, João Miguel (1997), Adolescência e Maternidade, Fundação Calouste Gulbenkian
3. Batista, Daniele et al. – *Actividade Física e gestação: Saúde da gestante não atleta e crescimento fetal*. Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil. Vol. 3, nº2, 2003, p1-8
4. Beauvoir, Simone, (1949), O segundo sexo, Editora Nova Fronteira, 2ª edição (2009)
5. Bobak, Irene et al. (1999), Introdução a Enfermagem da Maternidade, Porto Alegre, Artmed Editora.
6. Bolonha, (2010). Como elaborar uma Dissertação de Mestrado. Edição de Ciências Sociais e Política Contemporânea.
7. Butes, Lara, Marinho, Sara Pires e Gomes da Costa, Viviane, (2010) *A actividade física na gravidez: Intervenção do Enfermeiro*, Revista Percursos, nº17, Jul-Set.
8. Fortin, Marie Fabienne (2009). “Fundamentos e etapas do processo de investigação”. Lisboa, Lusociência.
9. Graça, Albertino, (2015), Guia para investigar e redigir, Edição da Universidade do Mindelo;
10. Mattar, Rosiane et al (2009) *Obesidade e gravidez*, Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 31 (9); 107-10
11. Matsudo, Victor e matsudo, Sandra (2002), *Actividade Física e Esportiva na Gravidez*, Tedesco JJ, São Paulo; 51-68
12. Lowdermilk, Deitra; perry, Shanon (2006), Enfermagem na Maternidade. 7ª edição, Loures: Lusodidacta
13. Nascimento, Simony, Godoy, Ana Carolina e Silva, João Luiz (2014), *Recomendação para a prática de exercício físico na gravidez: uma revisão crítica da literatura*. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia; 36 (9); 423-31

14. NANDA Diagnóstico de Enfermagem: Definições em classificação (2007-2008). North American Nursing Diagnosis Association: Tradução Regina Machado Garcez- Porto Alegre. Artmed Editora.
15. Perego, Alline e Bim, Cintia Raquel (2002) *Fisioterapia aplicada a Ginecologia e Obstetricia*, Artigo Iniciação Científica Cesumar, mar-jul, Vol.04, nº01, pg 57-61
16. Santos, Joana, (2014), Exercício Físico na Gravidez, (Tese de mestrado apresentado ao Curso de Medicina da Universidade do Porto)
17. Silva, Francisco, (2007), Avaliação do nível de actividade física durante a gestação. (Tese de Mestrado apresentada à Universidade Estadual do Ceará no Curso de mestrado Académico em Saúde Pública)
18. Silva, A.R. et al (2010), Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação: prevalência e factores associados. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26 (9): 1832-1838.
19. Sousa, Viviani et al (2010), *Efeitos do tratamento fisioterápico na pré-eclâmpsia*; Artigo Fisioterapia Movimento, Curitiba, v. 23, nº4, p. 663-672,
20. WHO, World Human Organization, (2008), Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez, encontrado em who.int

### **Web-grafias**

- [http://web2.sbg.org.br/congress/CongressosAnteriores/Pdf\\_resumos/51/GH868.pdf](http://web2.sbg.org.br/congress/CongressosAnteriores/Pdf_resumos/51/GH868.pdf)  
encontrado no dia 27 de Junho de 2017 pelas 16h56min



## APENDICE I

*28/04/17*  
*28/04/17*

Exmo. Senhor Delegado de Saúde de São Vicente

Dr. Elisio Humberto Silva

Mindelo, 25 de Abril de 2017

Assunto: Recolha de informações para realização da Monografia do Final de Curso.

Grécia Freitas, aluna nº 3160 do 4º Ano do curso de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo venho por este meio mui respeitosamente informar a vossa excelência que neste momento encontra-se a realizar o seu trabalho de conclusão de curso sob o tema "Benefícios da Fisioterapia na Gravidez".

O referido trabalho tem como objetivo geral estudar os efeitos de técnicas fisioterápicas como método preventivo para melhor vivência da maternidade e parto humanizado segundo a percepção das grávidas inscritas nas sessões de fisioterapia no centro de saúde reprodutiva de Bela Vista; e também tem como objetivos específicos identificar os efeitos benéficos da fisioterapia sobre os desconfortos músculo-esqueléticos durante a gestação segundo a percepção das grávidas inscritas nas sessões de fisioterapia no centro de saúde reprodutiva de Bela Vista; analisar a importância que as grávidas inscritas nas sessões de fisioterapia no centro de saúde reprodutiva de Bela Vista atribuem as sessões de fisioterapia; e descrever a percepção das grávidas inscritas nas sessões de fisioterapia no centro de saúde reprodutiva de Bela Vista sobre o apoio paterno ou familiar durante a realização dos exercícios;

Nesse sentido vêm-se por este meio solicitar a autorização necessária para proceder a recolha das informações necessárias junto a uma grupo de grávidas com idades compreendida entre 20 a 35 anos que frequentem o Centro de Saúde Reprodutiva da Bela Vista.

Informa-se ainda que a recolha de dados será feita mediante a aplicação de um guião de entrevista devidamente validado para o efeito e que o mesmo atenderá a todos os preceitos éticos inerentes aos trabalhos do género.

Sem mais do momento,

Subscreve-se com a mais alta consideração, na expectativa de uma resposta favorável,

<b>ENTRADA</b>	
Entrada nº	59
Em	26/04/17
Assinat.	<i>Grécia Freitas</i>
Delegacia de Saúde de São Vicente	

A requerente,


Grécia Freitas

*Grécia Freitas*

*Grécia Freitas*



## APENDICE II

 **UNIVERSIDADE DO MINDELO**  
*Sapientia Ars Vivendi*

**TERMO DE ACEITAÇÃO DO TEMA PARA O DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)**

Eu, Glicia Freitas  
Aluno N.º 3160 do Curso de Conclusão de Licenciatura em ENFERMAGEM da  
UNIVERSIDADE DO MINDELO, declaro que aceito desenvolver o meu Trabalho de  
Conclusão do Curso (TCC), com o Tema:  
Enfermagem e a prática de exercício durante a gravidez  
\_\_\_\_\_, de acordo com os Regulamentos e com as Normas  
vigentes na UNIVERSIDADE DO MINDELO, comprometendo a entregar o referido  
trabalho em 3 (três) exemplares e um CD/DVD, no prazo fixado pelo Conselho  
Científico do DEPARTAMENTO DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE.  
Proponho ainda que seja designado como meu Orientador o Sr.:  
Abel Augusto Dias Lima  
Licenciado/Mestre/Doutor em: Enfermagem  
Mindelo, 28 de Maio de 2017  
  
Glicia Freitas  
(O Aluno)  
  
**Aceitação da Orientação**  
  
[Assinatura]  
(O Orientador)

Rua Patrice Lumumba, CP 648 – Mindelo – São Vicente – CABO VERDE  
<http://www.uni-mindelo.edu.cv> – e-mail [geral@uni-mindelo.edu.cv](mailto:geral@uni-mindelo.edu.cv) – Telefone: +238.2326910 – Fax: +238.2325132  
NIF: 562770755 mod COX.15

### APENDICE III

#### TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE e ESCLARECIDO

No âmbito do trabalho de conclusão de curso da Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo a aluna, Grécia Freitas nº3160 pretende realizar um estudo intitulado: **O papel do enfermeiro na prática de exercícios durante a gravidez**. Neste sentido, gostaria de ouvir as suas opiniões sobre o tema em estudo pelo que se solicita a sua participação para o mesmo.

Informa-se que a sua participação na investigação é livre e voluntária, podendo desistir a qualquer momento. A sua tarefa consiste em responder algumas questões pelo que as suas respostas sinceras serão de mais-valia para o desenvolvimento do estudo.

Informa-se ainda, que as respostas serão gravadas em áudio, e usadas somente neste estudo pelo que o material colhido será destruído após o uso no estudo. Garante-se ainda a confidencialidade dos dados colhidos e a garantia do anonimato tanto no decorrer e como após o estudo.

O estudo não comporta qualquer risco, porém, no que diz respeito às vantagens poderá contribuir para melhorar a perceção das grávidas que frequentam as sessões de fisioterapia no CSR BV sobre os benefícios dos exercícios durante a sua gravidez e preparação para o parto.

Este documento apenas deverá ser assinado no caso de todas as suas dúvidas referentes à participação no estudo já tiverem sido esclarecidas. E caso houver alguma dúvida e necessite de alguma explicação não hesite em perguntar antes de autorizar a participação no estudo. A assinatura no presente documento representa seu consentimento para participação.

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que aceito participar no estudo por minha livre e espontânea vontade.

Mindelo, \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) participante

\_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador

\_\_\_\_\_

## **APENDICE IV**

### **Guião de entrevistas do XVIII Ensino Clínico – Tema: Enfermagem e a prática de Atividade Física na Gravidez**

**Idade :**\_\_\_\_\_

**Estado Civil:**

União de fato\_\_\_\_\_

Casada\_\_\_\_\_

Outro\_\_\_\_\_

Solteira\_\_\_\_\_

Divorciada\_\_\_\_\_

**Escolaridade:**

Analfabeta\_\_\_\_\_

Primaria\_\_\_\_\_

Secundario\_\_\_\_\_

Licenciada\_\_\_\_\_

Mestrado\_\_\_\_\_

Doutorada\_\_\_\_\_

Outro\_\_\_\_\_

**Profissão:**\_\_\_\_\_

**Historia Obstetrica:**

G.P.A

\_\_\_\_\_

Primipara\_\_\_\_\_

Multipara\_\_\_\_\_

**Idade Gestacional:**\_\_\_\_\_ semanas

**Classificação da Gravidez atual:**

Gravidez normal\_\_\_\_\_

Gravidez de risco\_\_\_\_\_

OBS:\_\_\_\_\_

Queixas segundo a ficha de registo da

Fisioterapia:\_\_\_\_\_

## Questionário:

### Em relação a gravidez:

1 - Sente algum desconforto com a gravidez? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2 – Costumava praticar exercicios fisicos antes da gravidez? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3 - Continuou a praticar desde que soube que estava grávida? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4 – Costuma fazer caminhadas? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Em relação as sessões de fisioterapia

5 – Sabia que havia o serviço de fisioterapia neste centro? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6 – Como se sentia antes de iniciar as sessões? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7 – Como se sente agora que participa das sessões de fisioterapia?

Após a 1ªsessão de fisioterapia	Após a 2ªsessão de fisioterapia	Após a 3ªsessão de fisioterapia
Data:	Data:	Data:

8 – Sabe qual a importancia da fisioterapia para si e o seu bebe durante a gravidez e preparação para o parto? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9 – Acha que de qualquer forma a fisioterapia esta ajudando com os desconfortos da gravidez?\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Em relação a participação do pai ou um familiar:**

10– Vem acompanhada para as sessões?\_\_\_\_\_

11 – Costuma fazer atividades ou caminhadas com seu parceiro?\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12 – Ele se sente de qualquer forma ligado a si e ao bebe desde que iniciou a gravidez?\_\_\_\_\_

13 – Costuma acompanha-la a fisioterapia e tem curiosidade de assistir?\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14 – Costuma ajuda-la com os exercicios em casa?\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Em relação ao papel do enfermeiro na promoção da prática de AF na gravidez:**

15 – Alguma vez recebeu orientações sobre a prática de exercícios na gravidez numa consulta de enfermagem? Sim ☐ Não ☐

OBS:\_\_\_\_\_

16 – Acha que o pessoal de enfermagem deveria promover mais a prática de exercícios na gravidez?\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

17 – Acha que os enfermeiros deveriam ser capacitados para prestar esse tipo de cuidado?\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# APENDICE V

## 1. O SURGIMENTO DOS SERVIÇOS DE PROTECÇÃO MATERNO-INFANTIL E PLANEAMENTO FAMILIAR

**1975** – Trabalho de sensibilização da população na zona da Bela Vista e arredores (ilha de S. Vicente) para a promoção e protecção da saúde da mãe e da criança e planeamento familiar – Serviços dos Assuntos Sociais e COMCV (Comissão para a Organização das Mulheres de Cabo Verde), com o apoio de dois médicos dos Serviços de Saúde.

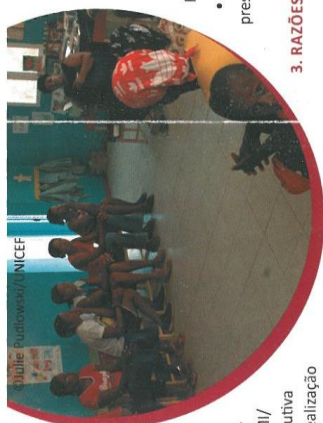
Visita de técnicos da Radda Bärnen às instalações, seguida de visita de técnicos nacionais ligados ao projecto à Suécia.

**1977** – Surge o Projecto de Protecção Materno Infantil e Planeamento Familiar (1977- 1990), financiado pela organização não governamental sueca e que rapidamente se estendeu a todos os concelhos do país, garantindo a protecção das mulheres e das crianças, incluindo o acesso ao planeamento familiar:

**Saúde da mãe:** Controlo da gravidez, incluindo vacinação antitetânica e planeamento familiar.

**Planeamento Familiar:** o Governo evidenciou a sua preocupação face ao ritmo de crescimento da população desde o I PND. O II PND (1986- 1990) deu continuidade ao tratamento da problemática demográfica, anunciando os grandes objectivos da política de população, nomeadamente a criação de condições favoráveis para a livre escolha do número de filhos entre os casais; a redução da taxa de mortalidade infantil, a diminuição da taxa de fecundidade, a promoção da paternidade responsável.

**Saúde da criança:** Vacinação contra as doenças preveníveis (Formas graves de tuberculose, difteria, tétano, tosse convulsa, poliomielite, sarampo), controlo de crescimento, avaliação e controlo nutricional, reabilitação infantil.



**2000** – Assunção, por parte do Governo do Projecto PMI/PF com a sua integração nos serviços de Saúde

**2001** – Transição do Projecto de Protecção Materno-Infantil e Planeamento Familiar (PMI/PF) para Saúde Reprodutiva (PNSR). Na sequência da realização da Conferência Internacional para o Desenvolvimento, no Cairo em 1994, Cabo Verde adoptou de Saúde Reprodutiva como um dos programas de saúde

de maior sucesso, garantindo o direito universal à saúde reprodutiva, que contribuiu para a melhoria da performance do país em matéria de indicadores de saúde, sobretudo nos que se refere à redução das taxas de mortalidade infantil (135/mil NV em 1975 para 20,1/mil NV em 2009), mortalidade materna (—/100.000 NV em 1975 para 53,7/100 000 NV em 2009), bem como do índice sintético de fecundidade (mais de 6 filhos/mulher em 1975 para 2,9 filhos / mulher em 2005).

## FOI REGISTADO AO LONGO DESTES 35 ANOS:

Forte investimento na capacitação de recursos humanos para a atenção à gravidez, ao parto, aborto e à criança.

Implementação da abordagem da atenção integrada à mulher e à criança (respectivamente AISM e AID) – 2004, com o objectivo de reduzir a morbi-mortalidade entre as crianças menores de cinco anos e a mortalidade materna.

Adopção de várias disposições políticas, legislativas e regulamentares que favorecem a disponibilidade e o aumento do acesso ao CONU.

Introdução de importantes instrumentos de monitorização do parto, tais como o Partograma. Kits de emergência obstétrica, técnicas de introdução de fórceps e ventosa, e instrumentos de gestão e do registo obstétrico.

Introdução do Aleitamento Materno Exclusivo

## 2. COBERTURA ACTUAL DOS SERVIÇOS DE SR

2 Centros de Saúde Reprodutiva de referência  
3 Centros de Saúde Reprodutiva, integrados nos Hospitais Regionais;

- Serviços SR integrados nos Centros de Saúde dos diversos concelhos do país que prestam o serviço através de duas estratégias fixa e móvel;

- 5 Centros de Informação e de Saúde Reprodutiva da Verdefam, nos Concelhos da Praia, Tarrafal, S. Filipe, S. Vicente, R<sup>a</sup> Grande (Santo Antão).

- Postos Sanitários e Unidades Sanitárias de Base que prestam serviço PF de acordo com a formação do pessoal.

## 3. RAZÕES DE SUCESSO

Os avanços registados em Cabo Verde em matéria de Saúde Materno-Infantil são fruto de um esforço e perseverança levado a cabo por toda a sociedade cabo-verdiana desde a Independência Nacional. O país tem feito um esforço enorme no sentido de cumprir os Objectivos do Milénio para o Desenvolvimento nessa área, dispensando uma atenção particular, nomeadamente à saúde da mulher e da criança e na luta contra o VIH/SIDA.

Em relação à saúde reprodutiva, pode-se apontar como razões de sucesso:

O forte engajamento do Estado evidenciado através da adopção de várias disposições políticas, legislativas e regulamentares que favorecem a disponibilidade e o aumento do acesso aos serviços de saúde, nomeadamente da mulher e da criança.

A firme vontade política do Governo na definição de políticas de promoção da saúde da criança, da mulher e dos adolescentes e jovens na inscrição de importantes verbas no OE para o sector para a estruturação dos serviços e formação de quadros.

A gratuidade dos cuidados de promoção da saúde, de prevenção às doenças, da prestação de cuidados às mulheres grávidas e às crianças com menos de dois anos. (Lei de Bases da Saúde).

A utilização criteriosa dos fracos recursos existentes em matéria de saúde.

O envolvimento de todas as camadas da sociedade civil desde a fase de implantação do projecto PMI/PF até esta data, em que muitas ONG vêm trabalhando para a causa da saúde das mães e das crianças, com destaque para o trabalho de terreno (com acções de IEC/sensibilização das populações para a mudança de comportamentos e prevenção na saúde) e no fornecimento de serviços (VERDEFAM).

O papel das unidades móveis da SR que permitiram uma maior aproximação dos serviços com as comunidades e uma procura activa de crianças sem vacinação.